Nr. 26. 25 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

P. Carnot. — W. Koskowski. — E. Libert. Paryż.

Wpływ histaminy na wydzielanie soków trawiennych u ludzi.

Wpływ histamimy (β-imidazolylethylaminy) na wydzielanie soków trawiennych nie był dotychczas przedmiotem badań u ludzi. Podstawą dla naszych badań nad własnościami wydzielniczemi tego ciała u ludzi było odkrycie Popielskiego, który wykazał, że histamina jest silnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych psa — zjawisko, potwierdzone następnie przez doświadczenie Rothlina i Gundlacha na psie, Steusinga i Koskowskiego na różnych kręgowcach, w szczególności na ptakach. Z doświadczeń wszystkich tych autorów wynika, że histamina działa pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, jednakże tylko przy wprowadzeniu podskórnem, wśródmięśniowem, lub wreszcie naskórnem, po zdrapaniu cienkiej warstwy naskórka (u gołębia); wprowadzenie histaminy do różnych odcinków przewodu pokarmowego psa, lub do krwi (psy, gołębie) nie wywiera żadnego działania wydzielniczego.[1]) Opierając się na luźnej analogji opozycyjnego działania histaminy i adrenaliny Rothlin i Gundlach uważają tę pierwszą za ciało »parasympatikomimetyczne«, gdy tymczasem Popielski sądzi, że działa ono bezpośrednio na komórki gruczołowe błony śluzowej żołądka.

W niezbyt odległej historji istnienia histaminy, jako ciała wyodrębnionego, posiadała już ona zastosowanie w patologji ludzkiej. Jaeger, Koch i Kehrer próbowali ją zastosować w położnictwie i ginekologji, Gibson i Marton w leczeniu moczówki prostej. Doświadczenia nasze miały za cel określenie działania fizjologicznego histaminy na wydzielanie soków trawiennych u człowieka, oraz oznaczenie ich zmian pod względem ilościowym i jakościowym.

Wstrzykiwaliśmy podskórnie histaminę „Hoffmann- La Roche" w tyndalizowanym roztworze fizjologicznym 1:1000, nie przekraczając nigdy dawki 1 i 3/4 mgr. Celem uniknięcia powtarzającego się zgłębnikowania żołądka, używaliśmy małego zgłębnika Einhorna, wprowadzając go do żołądka, ewentualnie i do dwunastnicy osobnika badanego i pozostawiając go „*à demeure*" podczas całego okresu doświadczenia. Odpowiednio dostosowaną strzykawką wydobywaliśmy wydzielający się sok żołądkowy lub płyn dwunastnicowy (żółć, sok trzustkowy) w dowolnych okresach czasu.

I. Sok żołądkowy. Określaliśmy wpływ działania histaminy: 1) na ilość soku żołądkowego, wydzielanego w oznaczonym okresie czasu, 2) na zachowanie się kwasoty całkowitej i wolnej, 3) na wartość trawienną soku, stosując metodę Mett'a.

Niektóre spostrzeżenia są zebrane w następujących tablicach.

Obs. 1). G . 31 lat. Mężczyzna. Na czczo. Dawka 1 i 1/4 mgr. histaminy.

godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Rurki Mett'a
11.23 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 1/4 mmgr. histaminy.			
12.05 m.	8 cc.	2.73	2 37	—
—.20 m.	180 cc.	3.28	3.10	4+4=8 mm.
—.35 m.	40 cc.	3.65	3.28	4+4=8 mm.
—.50 m.	13 cc.	2.75	2.55	5+5.5=10.5 mm.
13.05 m.	5 cc.	1.09	0.73	—

Razem 246 cc w ciągu 1 g. 42 m.

Obs. 2). M... 55 lat. Mężczyzna. Na czczo. Dawka 1 3/4 mgr. histaminy. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. W czasie 3 g. 15 m. nie ma żadnego wydzielania.

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna	Mett.
10.15 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 3/5 histaminy.			
10.45 m.	64 cc.	2.90	1.82	6+6=12 mm.
11.00 m.	320 cc.	3.28	2.92	6+6=12 mm.
11.15 m.	40 cc.	3.55	3.28	8+8=16 mm.
11.30 m.	41 cc.	4.01	3.05	6+7=13 mm
11 45 m.	142 cc.	3.65	3.28	9+7=16 mm.

Razem 607 ccm. w ciągu 1 g. 45 m.

Obs. 3). C... 18 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 mmgr. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. O 10 g. 30 m. wydobycie płynu. (10 cc.)

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
10.30 m.	10 cc.	2.37	2.00	—
11.20 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 mmgr. histaminy.			
11.50 m.	32 cc.	3.28	2 92	6+6=12 mm.
12.00 m.	49 cc.	4 19	3.83	7+6=13 mm.
12.30 m.	1 cc.	—	—	—

Razem 82 cc. soku w ciągu 1 g 10 m.

Obs. 4). M... 49 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 0,75 mmgr. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. O godz. 11 wydobycie 80 ccm. płynu (głównie ślina).

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
11 00 m.	80 cc.	0.73	0.365	1 mm.
11.30 m.	Wstrzyknięcie podskórne 0.75 mmgr. histaminy.			
12.00 m.	78 cc.	3.83	3.28	7.5+7.5=15 mm.
12.30 m.	60 cc.	4.01	3.65	8+7=15 mm.
12.45 m.	1 cc.	—	—	

Razem 139 ccm. soku w ciągu 1 g. 15 m.

Obs. 5. M... 20 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 1/2 mmgr Zgłębnik żołądkowy od 8 g. rano. W ciągu 2 g. 30 m., aspirując trzykrotnie w różnych odstępach czasu, wydobyto 7 ccm. płynu.

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
10.15 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 1/2 mmgr. histaminy.			
10.30 m.	12 cc.	2.19	1.82	7+5=12 mm.
10 45 m.	40 cc.	3.46	2.92	6+4=10 mm.
11.00 m.	31 cc.	3 10	2.55	6+4=10 mm.
11.15 m.	37 cc.	2.92	2.55	13+5=18 mm.
11.30 m.	10 cc.	1.64	1.27	10+2=12 mm.
11.45 m.	6 cc.	—	—	—
12.00 m.	2 cc.	—	—	—

Razem 138 ccm. soku w ciągu 1 g. 45 m.

Obs. 6). J... 21 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 1/2 mmgr.

Godzina.	Ilość soku żołąd.
10 g. 40 m.	1 cc.
10 g. 50 m.	3 cc.
10 g. 53 m.	Wstrzyknięcie 1 1/2 mmgr. histaminy
11 g. 10 m.	3 cc.
11 g. 25 m.	12 cc.
11 g. 40 m.	91 cc.
11 g. 55 m.	30 cc.
12 g. 10 m.	40 cc.
12 g. 25 m.	29 cc.
12 g. 40 m.	10 cc.

Razem 215 ccm. soku w ciągu 1 g. 45 m.

Spostrzeżenia powyższe wykazują, że po wstrzyknięciu histaminy ilość soku żołądkowego wzrasta w sposób stały, nie ulegający żadnej wątpliwości; działanie jej zaczyna się objawiać mniej więcej po 30—55 minutach, szczyt wydzielania następuje dość szybko, czas trwania zaś, w dawkach stosowanych przez nas, przemija średnio po 1 g. 10 m. — 1 g. 45 m.

W spostrzeganiu 2-em chory przedstawia pewne różnice w sposobie oddziaływania; po okresie największego wydzielania, który zjawił się po 45 minutach od chwili wstrzyknięcia histaminy, ilość soku żołądkowego zmniejszyła się znacznie, a wzrosła znowu po 1 g. 15 m., osiągając po 1 g. 30 m ponownie cyfrę bardzo znaczną — 142 cc.

Warunki od nas niezależne nie pozwoliły nam śledzić tego wyjątkowego przypadku do końca. W przypadku 4-tym działanie histaminy w wyniku było znacznie silniejsze, o ile chodzi o liczby porównawcze; płyn wydobyty na czczo i przed wstrzyknięciem w ilości 80 cc., w znacznej swej części, nie pochodził z żołądka; jego słaba kwasota i zdolność proteolityczna minimalna wskazują najwyraźniej na domieszkę połykanej śliny.

Równocześnie ze zwiększoną ilością soku żołądkowego stwierdziliśmy, w sposób stały, zwiększenie kwasoty całkowitej i wolnej; fakt ten podaje również Popielski, spostrzegając zwiększenie kwasoty całkowitej soku żołądkowego psa z 3.6 na 5.96 ‰ po 0,032 gr. histaminy, oraz Rothlin i Gundlach, określając ją na 6.3 ‰ po nakarmieniu psa i wstrzyknięciu 0,5 mgr. histaminy, gdy tymczasem kwasota po nakarmieniu samem bez histaminy nie przenosi 4 do

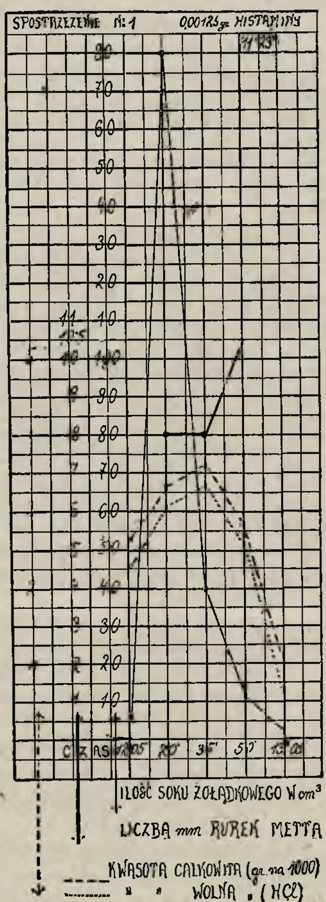
---

[1]) W doświadczeniach, przeprowadzonych przez jednego z nas, wynika, że histamina w dawkach 30—40 razy silniejszych od dóz normalnych, przy wprowadzeniu do jelit, wywołuje u gołębi wydzielanie soku żołądkowego.

4.2‰. Krzywa kwasoty w doświadczeniach naszych może osiągnąć swoje maximum równocześnie z maximum ilości soku (spostrzeżenie 3 i 4), lecz najczęściej najwyższa kwasota zjawia się nieco później, to jest w chwili, gdy krzywa ilości znajduje się już w okresie zstępującym (spostrzeżenie 1, 2, 4).

Metodą M e t t 'a oznaczaliśmy własność trawienną soku żołądkowego, stwierdzając stałe zwiększanie się zdolności proteolitycznej po histaminie. Zwiększenie się tej własności zjawia się jednak w chwili, gdy krzywe ilości i kwasoty są już znacznie obniżone.

Całość wyników otrzymanych przedstawiamy na następującej krzywej, wybranej jako przykład:



Działanie histaminy, jako ciała pobudzającego wydzielanie soku żołądkowego, stwierdziliśmy i u innych chorych, których jednakże nie mogliśmy śledzić tak dokładnie, jak poprzednich; pośród szeregu przypadków pragniemy jednak przytoczyć obserwację chorego (*Ali-med ben Mohamed*), który otrzymał podskórnie dnia 17 stycznia 1922 r. o 10 g. 10 m. 1.5 mgr histaminy. U chorego tego o skórze suchej, źle odżywionej, bez podściółki tłuszczowej, dawka powyższa pozostała bez działania; o godzinie 11·25 min. wstrzyknięto histaminę ponownie w ilości 1 mgr. 75; po 10 minutach chory zaczyna wymiotować, wyrzucając kilkakrotnie znaczne ilości soku żołądkowego o kwasocie całkowitej 1 gr. 27, i kwasocie wolnej 1 gr. 09. Przytaczamy ten przypadek celem zaznaczenia, że, prócz akcji wydzielniczej, w pewnych dawkach może histamina wywierać wpływ na umięśnienie żołądka i, zwiększając skurcze, wywołać wymioty.

Większość badań naszych została wykonana o tej samej porze dnia, najczęściej przed południem, w czasie, w którym chorzy, poddani doświadczeniu, byli przyzwyczajeni do spożywania śniadania lub obiadu, w czasie więc, kiedy chorym sąsiadującym przynoszono pokarmy. Licząc się tedy z możliwością wydzielania soku żołądkowego »psychicznego«, wykonaliśmy dwa doświadczenia na kobietach, tych samych, które służyły do badania wpływu histaminy i których wyniki są zebrane w obserwacji 5-tej i 6-tej. Chorym tym założono zgłębnik Einhorna i, począwszy od godziny 8 rano do 12-tej w południe, określano ilość płynu, zbierającego się w żołądku w stałych odstępach czasu.

Wyniki podają tablice następujące poniżej.

Tablice poniższe wskazują, że wpływ czynnika psychicznego w doświadczeniach z histaminą nie gra roli ważniejszej i że zwiększanie wydzielania soku żołądkowego, jego kwasoty i wartości proteolitycznej nie pozostaje w związku z momentem psychicznym. Wyniki powyższych dwóch spostrzeżeń dowodzą również, że słaba kwasota wydobywanego płynu świadczy o obecności śliny i że wobec tego należy oceniać z dużą rezerwą dość znaczne niekiedy ilości płynu wydobywanego na czczo z żołądka.

II. Inne soki trawienne.

Stwierdziwszy wpływ histaminy na wydzielanie soku żołądkowego i zmianę własności pod jej wpływem, staraliśmy się stwierdzić, czy ciało to posiada wpływ na wydzielanie innych soków trawiennych, a mianowicie soku trzustkowego, żółci i soku jelitowego. Przedsięwzięliśmy dwie serje doświadczeń: w jednych wprowadzano zgłębnik Einhorna wyłącznie do dwunastnicy i zbierano mieszaninę soków wydzielanych do dwunastnicy (żółć, sok trzustkowy, sok dwunastnicowy), w drugich temu samemu choremu wprowadzano jeden zgłębnik do żołądka, a drugi do dwunastnicy celem równoczesnego spostrzegania wydzielania soku żołądkowego, żółci

Obs. 7.

M... Kobieta 20 lat. 2. II. 1922.		
10 g 10 m.	55 cc	przewaga śliny
— 25 m.	30 cc	
— 40 m.	13 cc	
— 55 m.	12 cc	
11 g. 25. m.	8 cc	
◄—►	pora wnoszenia potraw	
11 g. 25 m.	8 cc	
— 40 m.	16 cc	
— 55 m.	2 cc	

Obs. 8.

Czas	Ilość płynu	Kwasota wolna	Kwasota całkow.
Od 8—10 g.	rano wydobyto z żołądka = 15 cc płynu. Kwasota całkowita = 0.73. Wolna = 0		
10 g. 15 m.	0		
— 30 m.	0		
— 45 m.	0		
11 g. 00 m.	0.5 cc		
◄——►		pora wnoszenia potraw	
— 15 m.	5 cc	0	0.73.
— 30 m.	0.5 cc		
— 45 m.	0.5 cc		
12 g. 00 m.	0		

(J... kobieta. 21 lat. 2. II. 1922.)

i soku trzustkowego. Musimy jednak z góry zaznaczyć, że sposób ten nie pozwala na ścisłe rozgraniczenie dwóch grup wydzielania: z jednej strony żołądkowego, z drugiej strony trzustkowego, żółci i soku dwunastnicowego, i nie daje wobec tego wyników tak ścisłych, jakieby można było naprzykład otrzymać u zwierząt z kilkoma przetokami. W dalszym ciągu zaś rozdzielenie wydzielania trzustkowego, żółci i soku dwunastnicowego jest niemożliwe przy zastosowaniu tego sposobu doświadczenia. Mimo to jednak mogliśmy stwierdzić, określając fermenty trzustkowe za pomocą metody zaproponowanej przez C a r n o t i M a u b a n dla lipazy i trypsyny, że zdolność trawienna tłuszczów i własność proteolityczna wzrasta w wybitnym stopniu.

Wyniki zbieramy w następujących tablicach:

Z wyników przytoczonych na kilku powyższych tablicach wyłaniają się wnioski następujące:

Bardzo trudno jest stwierdzić, czy histamina posiada własność pobudzającą do wydzielania soku dwunastnicowo-

Obs. 9.

C... mężczyzna 17 lat. Sonda dwunastnicowa wprowadzona o 6 g. rano. 12 — I — 1922.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 6 g. rano — 10 g. 45 m.	275 cc	1/128	1/128
10 g. 45 m. wstrzyknięcie podskórne 1.5 mgr.			
11 g. 00 m.	15 cc	1/128	1/128
— 15 m.	80 cc	odczyn	kwaśny
— 30 m.	20 cc	1/512	1/128
— 45 m.	15 cc	1/512	1/256
12 g. 00 m.	20 cc	odczyn	kwaśny
— 15 m.	8 cc	„	„
— 30 m.	12 cc	1/1024	1/256

Obs. 10.

N... mężczyzna. 15 lat. Sonda dwunastnicowa od 7 g. rano 10 — I — 1922.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 7 g. rano do 11 g. 25 m.	4 cc	1/16	1/128
11 g. 25 m. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr.			
11 g. 55 m.	2 cc		
15 g. 00 m.	12 cc	1/256	1/128
— 15 m.	23 cc	1/256	1/128
— 30 m.	52 cc	1/512	1/256
— 45 m.	57 cc	odczyn	kwaśny
13 g. 00 m.	20 cc	1/128	1/128
— 15 m.	38 cc	1/128	1/256
— 30 m	5 cc	1/256	1/256

żółciowo-trzustkowego, o ile stosuje się metodę zgłębnikowania, podaną przez Einhorna. Przedewszystkiem ilość soku wydzielanego i wydobywanego przez zgłębnik Einhorna jest różna u różnych osobników, a nawet u tego samego osobnika w różnych godzinach; dalej różne czynniki fizyczne, niezależne od działania stosowanego środka, wpływają na ilość wydobywanego soku (n. p. zmiana położenia zgłębnika). Dalej u niektórych chorych w pewnych okresach doświadczenia wydobywa się przez zgłębnik tkwiący w dwunastnicy płyn kwaśny, który pochodzi z żołądka a wydzielany pod wpływem działania histaminy i który przedostaje się łatwo przez odźwiernik. Przedostawanie się więc niejednokrotne soku żołądkowego do dwunastnicy w czasie doświadczenia tem bardziej utrudnia ocenę odczynu, o ile chodzi o ilość żółci i soku trzustkowego. Natomiast ocena wartości lipolitycznej i proteolitycznej wskazuje, że wartość ta ulega znacznemu wzrostowi pod wpływem działania histaminy. Jednakże powyższa metoda badania znowu nie pozwala na wniosek bezsporny, czy wzmożenie się siły trawiennej zaczynów trzustkowych zależy od bezpośredniego działania histaminy, czy też jest wynikiem działania wtórnego, zależnego od przedostawania się przez odźwiernik zwiększonej ilości soku żołądkowego, o zwiększonej kwasocie, i działania jego na błonę śluzową dwunastnicy.

Obs. 11.

Ahmed ben Mohamed — mężczyzna. 22 lata. Sonda dwunastnicowa. 7 g. rano. 12 — I — 22.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 7 g. — 11 g.	44 cc	1/16	1/128
11 g. 05 m. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr. 25.			
11 g. 20 m.	8 cc	1/64	1/256
— 35 m.	0		
— 50 m.	15 cc	1/256	1/256
12 g. 05 m.	0		
— 30 m.	8 cc	1/256	1/256

Obs. 12.

D... mężczyzna 35 lat. icter. catarh. Sonda dwunast. o 7 g. Sonda żołądkowa o 10 g. 75 m. 6 — I — 22.

Godzina	Ilość		Lipaza	Trypsyna
	Sok żoł.	Sok dwun.		
od 7 g. — 10 g. 25 m.	0	40 cc	1/128	1/16
10 g. 25 m. wrzyknięcie podsk. 1 mgr.				
10 g. 40 m.	0	0		
— 50 m.	0	5 cc	1/1024	1/64
11 g. 25 m.	0	0		

Analizując przytoczone wyniki w spostrzeganiu 9-tem, widzimy, że dwukrotne zwiększanie się własności lipolitycznych pozostawało w związku z przedostawaniem się płynu kwaśnego do dwunastnicy. Spostrzeganie 10 i 11-te nie wskazują jednak podobnej zależności. W spostrzeganiu 12-em i 13-em zaś, mimo braku wydzielania soku żołądkowego (wskutek dawki histaminy niewystarczającej dla pobudzenia gruczołów żołądkowych), stwierdzamy bardzo wybitny wzrost własności lipolitycznych i proteolitycznych. Wreszcie spostrzeganie 14-te, w którem działanie histaminy jest bardzo wybitne tak na wydzielanie soku żołądkowego jak i na zaczyny trzustkowe, wykazuje równoczesny wzrost ilości soku żołądkowego i jego kwasoty oraz lipazy i trypsyny soku trzustkowego. Mimo tych faktów, nie wyciągamy ostatecznych wniosków co do mechanizmu działania na zwiększenie siły zaczynów trawiennych trzustki, a podkreślamy sam fakt jako bardzo wybitny oraz sądzimy, że dla ostatecznego wyjaśnienia tego mechanizmu konieczne są jeszcze dalsze badania.

W przebiegu doświadczeń spostrzegaliśmy inne efekty działania histaminy, te same zresztą, które notowali J a e g e r i K o c h, jednakże w mniejszem znacznie nasileniu, wobec znacznej różnicy dawek J a e g e r a i K o c h a (do 8 mgr.),

i naszych (1—1 3/4 mgr.). Szybko bardzo po wstrzyknięciu podskórnem histaminy, przeciętnie po 5 minutach, (niekiedy po 1-ej, czasem po 10 minutach) występuje zaczerwienienie twarzy bardziej lub mniej silne; w przypadkach, gdy zaczerwienie dochodzi do znaczniejszego stopnia, towarzyszy temu obwodowemu rozszerzeniu naczyń uczucie gorąca, ból głowy i niekiedy bardzo lekkie bicie serca. Objawy te jednak znikają po krótkim okresie czasu. Z objawów przedmiotowych notowaliśmy zaczerwienienie na brzuchu, piersiach, kończynach górnych i dolnych, umiarkowane przyspieszenie tętna; w przypadku 13-tym, n. p. po wstrzyknięciu podskórnem 1.5 mgr. histaminy, tętno wzrosło z 52 uderzeń na minutę przed wstrzyknięciem na 64 po 3 minutach, na 72 po 25 minutach po wstrzyknięciu. Inny chory (obserw. 14), mający 64 uderzeń tętna przed wstrzyknięciem, w 5 minut po wstrzyknięciu wykazuje 104 uderzeń po dawce 1.25 mgr. histaminy. Przyspieszenie tętna jednak jest zawsze krótkotrwałe i nie przekracza nigdy jednej godziny.

Obs. 13.

D... mężczyzna. 18 lat. Sonda dwunastnicowa od 7 g.; sonda żołądkowa o 11 g. 13 — I — 22.

Godzina	Ilość		Lipaza	Trypsyna
	Sonda żoł.	S. dwunast.		
od 7 g. — 11 g.	0	3 cc	1/64	1/64
11 g. 09. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr. ½.				
11 g. 30 m.	0	0		
12 g. 20 m.	0	6 cc	1/128	1/128
12 g. 35 m.	0	3 cc	1/128	1/128
12 g. 50 m.	0	3 cc	1/128	1/128
13 g. 05 m.	0	11 cc	1/128	1/128
13 g. 20 m.	0	6 cc	1/256	1/256

Obs. 14.

K... mężczyzna. 24 lat. Sonda dwunastn. o 7 g. rano. Sonda żołądkowa o 11 g. 6 — I — 22.

Godzina	S. żołądk.	Kwasota ogólna	Kwasota wolna	Sonda dwunastn.	Lipaza	Trypsyna
11 g.	3 cc	0,50	0,36	80 cc	1/64	1/64
11 g. 15 m. wstrzyknięcie podskórne 1 mgr. 25.						
11 g. 30 m.	13 cc	1.09 gr.	0.91 gr.	6 cc	1/256	1/128
— 45 m.	16 cc	1.47 gr.	1.27 gr.	3 cc	odczyn kwaśny	
12 g. 15 m.	20 cc	2 gr.	1.82 gr.	30 cc	1/128	1/128
— 30 m.	17 cc	1.82 gr.	1.46 gr.	25 cc	1/128	1/128
— 45 m.	17 cc	0.36 gr.	0.18 gr.	14 cc	odczyn	kwaśny
13 g. 00 m.	6 cc	0.36 gr.		7 cc		
— 15 m.	9 cc	0.36 gr.		3 cc		

Wpływ na ciśnienie tętnicze krwi w naszych przypadkach był bardzo nieznaczny. Ciśnienie krwi, mierzone przyrządem Vaquez'a lub oscillometrem Pachon'a, nie okazywało zmian żadnych lub bardzo nieznaczne (n. p. przed doświadczeniem Mx — 12 mm — 10; po 10 minutach Mx — 11 1/2 mn — 8).

Stosując dawki do 1 3/4 mgr., nie spostrzegaliśmy nigdy objawów poważniejszych lub groźnych. Dawki używane przez nas były nawet stosowane u chorych przychodnich. Nie stwierdziliśmy nigdy nietylko sinicy, przejściowego wstrzymania oddechu, drgawek i utraty przytomności, które opisuje Kehrer w 2-ch przypadkach po 8 mgr. histaminy, ale nawet lżejszych objawów, opisywanych przez Jaegera, jak np. silnego bicia serca, wymiotów (z wyjątkiem jednego przypadku) i podrażnienia spojówek.

Doświadczenia nasze były przeprowadzone na chorych, nieprzedstawiających widocznych zmian przewodu pokarmowego; różnice indywidualne w oddziaływaniu, o ile chodzi o ilość soku, były dość znaczne. Fakt ten jest przeszkodą, która nie pozwoliła nam na razie na wykorzystanie histaminy, jako dokładnego środka rozpoznawczego. Podobnie też i w zastosowaniu leczniczem brak możności określenia dzisiaj dowolnego stopnia hypersekrecji pod wpływem histaminy wymaga dalszych badań, zanim środek ten znajdzie odpowiednie i skuteczne zastosowanie.

Piśmiennictwo:

Carnot-Mauban. Réaction colorée de la stéapsine sur plaques de gélose — graisse — émulsionnée par production de savon de cuivre. (C. R. Soc. de biol. Nr. 2, 1918, p. 98). — Gibson-Marton. Stosowanie wyciągu z przysadki mózgowej i histaminy w przypadku moczówki prostej (Archives of internal medicine — Marzec 1921). — 3) Jaeger. Versuche zur Verwendung des β-imidazolyläthylamins in der Geburtshilfe. (Zntrbltt. für Gynäkologie 1913. No. 8. S. 265). — 4) Koch. Kritische Betrachtung zur Frage unserer modernen Wehemittel mit besonderer Berücksichtigung des β-imidazolyläthylamins. (Ibidem 1913. No. 16 S. 564). — 5) Koskowski. L'action de l'histamine sur la sécrétion du suc gastrique chez les pigeons. (C. R. Académie des Sciences. 1922. No. 4. p. 247). — 6) Popielski. O własnościach fizjologicznych -imidazolylethylaminy. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie. 1917. T. LVI. Serja B.). — 7) Popielski. β-imidazolyläthylamin und die Organextrakte. (Pflügers Archiv. 1920. Bd. 178. S. 214). — 8) Rothlin i Gundlach. Etude expérimentale de l'influence de l'histamine sur la sécrétion gastrique. (Archives internationales de Physiologie. 1921). — 9) Steusing. O stosunku -imidazolyletylaminy do fizjologicznego działania krwi, wyciągów z narządów, preparatów peptonowych i niektórych środków spożywczych i używek. (Archivum C. II. 4).

A. Chełmoński, Ordynator Oddz. Terapji Fiz. Szpitala Dz. Jezus. Warszawa.

Podstawy leczenia fizykalnego wobec nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Są dwa typy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: jedne nie mają przewodów wydzielniczych i służą jedynie do wydzielania pewnych ciał do krwi, inne, jak: trzustka, gruczoły płciowe, wątroba, a prawdopodobnie także i nerki, wydzielają drogą zwykłych przewodów gruczołowych pewne substancje, a oprócz tego wytwarzają inne, które wydalają wprost do krwi. Liczba tych ostatnich wciąż się zwiększa. Istnieje pogląd, wprawdzie bardzo nieśmiało jeszcze wypowiadany, że skóra jest narządem o wydzielaniu wewnętrznem. Tego zdania jest fizjolog Kreidl, Merk[1]) i in. Prof. Krzyształowicz[2]) nie rozstrzyga tej sprawy ostatecznie, sądzi on jednak, że »istnieje możliwość jakiejś czynności samoistnej w samej skórze, którą nazwać można wewnętrznem wydzielaniem«. Za hypotezą tą przemawia nie tylko budowa anatomiczna skóry (obfitość nabłonka i naczyń), lecz i dane kliniczne. Wiadomo, że między gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem istnieje pewna zależność, korelacja. Zmiany jednego gruczołu odbijają się na czynnościach innych gruczołów. Widać to na wzajemnym stosunku, jaki istnieje między chorobami gruczołów o sekrecji wewnętrznej a skórą. Po wykastrowaniu jeleni następuje zahamowanie tworzenia rogów. Po kastracji wczesnej u ludzi rozwija się słabo uwłosienie i występuje nadmierna otyłość. Koguty, pozbawione jąder,

---

[1]) Streszcz. w „Postęp Lekarski" 1921 r., Nr. 19—22.
[2]) „Gaz. Lek." 1921 r., Nr. 13.

zmieniają barwę upierzenia i kształt grzebienia. Zmiany te nie występują, o ile kapłonowi została przeszczepiona część jąder. Podczas ciąży w pewnych częściach skóry zmienia się wybitnie jej barwa. W zaburzeniach tarczycy widzimy charakterystyczne charłactwo (*cachexia strumipriva*) i obrzęk śluzowy. W zaburzeniach nadnerczy występują zmiany w zabarwieniu skóry i jej odżywianiu. W chorobach przysadki mózgowej spostrzegamy otłuszczenie i zmiany troficzne w skórze. Wobec przytoczonych przykładów, świadczących o związku, jaki istnieje między gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem a skórą, jakoteż wobec faktu, że pozbawienie czynności $^1/_3$ części skóry powoduje śmierć zwierzęcia, hypoteza, według której skóra jest narządem o wydzielaniu wewnętrznem, staje się bardzo prawdopodobną.

Hypotezą ta wyjaśniałaby wiele faktów. Nas interesuje w tej chwili rola, jaką w takim razie odgrywałaby skóra w terapji fizykalnej.

Dotąd skóra uważana była jedynie za pośrednika naszych usiłowań leczniczych. Rozumieliśmy, że za pośrednictwem nerwów czuciowych osiągnąć możemy wpływ na ogólny stan nerwowy, a przy udziale nerwów naczynioruchowych przekrwienie lub niedokrewność skóry. Do tych dwóch podstawowych czynników sprowadzało się wyjaśnienie działania bodźców termicznych, mechanicznych, świetlnych i wogóle bodźców zewnętrznych. Pozostaje jednak jeszcze wiele faktów niewytłómaczonych, jak np. rola w leczeniu środków napotnych, poprawa ogólnego odżywiania pod wpływem hydroterapji, kąpieli słonecznych itp.

Nowa hypoteza otwiera nam zupełnie nowe horyzonty, a przedewszystkiem pogląd, że w leczeniu fizykalnem skóra nietylko pośredniczy w działaniu bodźców zewnętrznych, lecz jest ostatecznym celem naszych zabiegów.

Wiadomo, że przez używanie, przez ćwiczenie, przez pobudzanie do czynności dany narząd udoskonala się. Namacalnie widzimy to na mięśniach, odnosi się to jednak do każdego narządu. Ćwiczenie podnosi rozrost i sprawność narządów, a bezczynność prowadzi do zaniku. Co się tyczy skóry, to i tu widzimy ten sam dodatni wpływ ćwiczenia: skóra ludzi mieszkających na wsi, podlegających działaniu zimnego powietrza, wiatru, deszczu itp. jest gruba, sprężysta, czerwonawa, odporna na mróz, słowem, dająca obraz pełni życia, skóra zaś mieszkańców miast jest cienka, blada, wiotka, łatwo podlegająca odmrożeniu, robiąca wrażenie martwoty. Niezawodnie i wydzielina wewnętrzna skóry zdrowej różni się od wydzieliny skóry zwyrodniałej. Podobnie jak bodźce samoistne, bezwiedne, działają na skórę — bodźce, jakie stosujemy w hydroterapji, helioterapji, masażu itp. I tu mamy do czynienia z niedokrewnością i odczynowem przekrwieniem; i tu w leczeniu światłem staramy się dojść do opalenia skóry. Szybka reakcja skóry na nizką ciepłotę i jej opalenie mogą być uważane za oznakę dostatecznego wyćwiczenia skóry przez bodźce termiczne i świetlne. Wyćwiczenie takie łączyłoby się ze wzmożonem wydzielaniem t. zw. inkretów skóry, czynności tem użyteczniejszej, im skóra jest zdrowsza. Wobec tej hypotezy rola metod fizykalnego leczenia sprowadzałaby się przedewszystkiem do ćwiczenia skóry i tą drogą spotęgowania jej czynności, jako narządu o wydzielaniu wewnętrznem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że prócz tego skóra i nadal pozostałaby pośrednikiem naszych usiłowań terapeutycznych w kierunku oddziaływania na układ nerwowy, naczyniowy, przemianę materji itp.; i nadal musielibyśmy się liczyć z reakcją termiczną skóry, słowem, z temi samemi czynnikami, tylko nieco inaczej, szerzej rozumianemi.

Aleksander Żebrowski.

Przyczynek do statystyki twardzieli (Scleroma).

Z 10 fotografiami.

Materjał statystyczny, będący podstawą pracy niniejszej, został zebrany przezemnie w ciągu 4 lat (od października 1909 r. do 1 marca 1914 r.) z mej praktyki prywatnej oraz z ambulatorium dla chorych na uszy, nos i gardło przy szpitalu św. Józefa w Lublinie. Zaraz w pierwszym roku mej praktyki w Lublinie zwróciłem uwagę na zbyt wielką ilość przypadków twardzieli niekiedy bardzo ciężkich i zaniedbanych. W przeciągu 4 lat spostrzegałem ogółem 96 przypadków twardzieli, z których większa część, mianowicie 19 przypadków, dotyczyła kobiet przeważnie w młodym wieku, 7 zaś przypadków dotyczyło mężczyzn. Niemal wszystkie przypadki twardzieli, spostrzegane przezemnie, pochodziły z dalszych okolic lubelskiego, a mianowicie ze wschodnich i wschodnio-południowych powiatów ziemi lubelskiej i siedleckiej, spostrzegałem jednak kilka przypadków twardzieli, pochodzących z najbliższych okolic Lublina (Krempiec, Mełgiew, Łęczna) — odległość od Lublina 10—20 kilometrów — coby dowodzić mogło, że ogniska twardzieli, rozsiane, jak to powszechnie już jest wiadomem, głównie we Wschodniej Małopolsce i przedostające się bez przeszkody przez kordon graniczny do wschodnich i wschodnio-południowych powiatów ziemi lubelskiej, dotarło niemal do samego Lublina i, jak to zobaczymy z danych statystycznych, posuwa się dalej ku zachodowi i ku północy, zabierając ofiary w siedleckiem a nawet w radomskiem.

Przekonany o konieczności zebrania przybliżonych danych statystycznych, któreby choć w części wyjaśniły sprawę, jak daleko posunęły się postępy twardzieli w naszym kraju, ile mniej więcej jest chorych na twardziel przynajmniej w ciągu lat ostatnich (do 1914 r.), rozesłałem w styczniu 1914 r. ankietę w ilości 250 egzemplarzy do wszystkich kolegów zamieszkałych w ziemiach: lubelskiej, siedleckiej, radomskiej i kieleckiej, do wszystkich szpitali w Królestwie Polskiem i wreszcie do 45 specjalistów chorób gardła, krtani i nosa w Warszawie [1]). Materjał statystyczny nadesłany przez kolegów oraz zebrany przezemnie pragnąłem po opracowaniu omówić na Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w maju 1914 r. i istotnie sprawa twardzieli, poruszona na Zjeździe tym przezemnie, wywołała dość ożywioną dyskusję.

Szanowny Kolego!

Twardziel (**Rhinoscleroma. Laryngo-scleroma**) należy niewątpliwie do jednej z najcięższych chorób. Ze względu, że ofiarą twardzieli stają się przeważnie osobniki młode, jest ona chorobą sroższą aniżeli rak, który spostrzegamy w późniejszych latach życia. Twardziel przynajmniej w chwili obecnej jest chorobą absolutnie nieuleczalną.

Do niedawna notowano zaledwie od czasu do czasu przypadki twardzieli, które widywano rzadko. Obecnie szczególniej w południowych powiatach ziemi Lubelskiej, w ziemi Siedleckiej i Radomskiej, a również w sąsiednich powiatach Wołynia coraz częściej zdarzają się przypadki twardzieli — niewątpliwe w tej części Polski istnieje ognisko twardzieli („**Scleromherd**"), analogiczne z ogniskiem twardzieli wykrytem i opisanem przez prof. **Gerbera** z Królewca w Prusach Wschodnich.

Pragnąc zebrać choć przybliżone dane statystyczne, tyczące tej ciężkiej choroby, uprzejmie proszę Szanownego Kolegę o łaskawe wypełnienie załączonej kartki i o przesłanie jej w załączonej **niezapieczętowanej** kopercie według wskazanego adresu. O ile Szanowny Kolega nie spostrzegał przypadków twardzieli w ciągu bieżącego roku, lecz widział je wcześniej, uprzejmie proszę o łaskawe zaznaczenie w „uwagach": „**spostrzegałem tyle a tyle przypadków twardzieli, bliższych szczegółów brak**". Uprzejmie proszę o podanie możliwie dokładnych danych i o łaskawe odesłanie kartki **przed 1 marca 1914 roku.** O ile S anowny Kolega nie spostrzegał w swej praktyce przypadków twardzieli, uprzejmie proszę o zaznaczenie w „uwagach": „**przypadków twardzieli nie spostrzegałem**" — będzie to dowodem, że w danej miejscowości niema przynajmniej ciężkich przypadków twardzieli, w ciężkich bowiem przypadkach chorzy niechybn e zwracają się do lekarza.

Dr. *A. Ż.*

(Treść karty).

Twardziel - Scleroma

Podane przez D-ra .... praktykującego w ....

Imię, nazwisko, wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wyznanie.	Jak dawno trwa choroba? Jak dawno spostrzegany?	W jakim stopniu utrudnione oddychanie nosem i oddychanie wogóle.	Czy są zmiany zewnętrzne? (stwardnienie nosa, widzialne guzy i t. d.)	Czy są zmiany w nosie w gardzieli i jamie nosowej, oraz w krtani? (nacieki, guzy, zgrubienia i t. d.)

[1]) Adresy szpitali oraz kolegów wypisałem z „Kalendarza Lekarskiego", wydawnictwo Dra J. Polaka Warszawa 1913 r.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

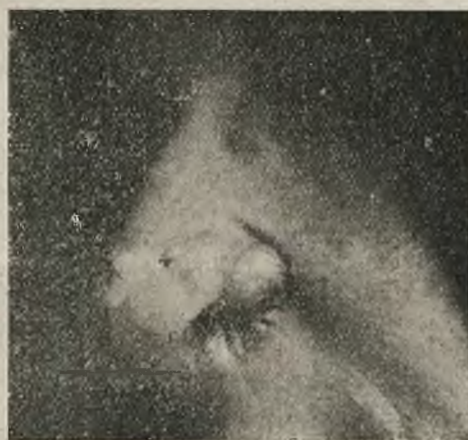


Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

W załączonych do wypełnienia kartach uwzględniłem jedynie zmiany wyraźne, dające się z łatwością rozpoznać ze względu, że chorzy na twardziel, pochodzący niemal wyłącznie ze stanu włościańskiego, zwracają się do lekarza zazwyczaj wtedy, gdy choroba poczyniła już duże postępy i gdy objawy choroby (duszność, zatkanie nosa, twardość nosa, zniekształcające guzy i td.) są już dość wybitne. Na 250 listów otrzymałem zaledwie 53 odpowiedzi z tych 11 dodatnich i 42 ujemnych z adnotacją w »uwagach« po drugiej stronie karty: »przypadków twardzieli nie spostrzegałem«. Wszystkim kolegom, którzy łaskawie nadesłali odpowiedzi załączam na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Brak odpowiedzi od (195) kolegów pragnąłbym wytłumaczyć jedynie w ten sposób, że koledzy ci podczas swej, często długoletniej praktyki prywatnej lub szpitalnej przypadków twardzieli wcale nie spostrzegali [2]).

Z otrzymanych przezemnie 11 odpowiedzi dodatnich 7 przypadków nadesłał kol. Kossak z Radomia, po 3 przypadki koledzy: Garbaczewski z Purolina, Kaczyński z Parczewa i Sitkowski z Radzynia; po jednym przypadku koledzy Wiszniewski (z fotografią chorej fig. 6) z Siedlec i kol. Jarosiński ze Sterdyni. Uwzględniłem jedynie te przypadki, w których nadesłane mi były dokładne odpowiedzi na pytania umieszczone na karcie. W niektórych odpowiedziach: n. p. kol. Wiszniewskiego z Siedlec, kolegów Herynga i Srebrnego z Warszawy i innych było zaznaczone, że koledzy ci spostrzegali znaczniejszą ilość przypadków twardzieli, lecz danych szczegółowych przytoczyć nie mogą. Szczególnie cenne dane otrzymałem od kolegów Prof. Erbricha i Jakubowskiego z ambulatorjum laryngologicznego w Szpitalu św. Ducha w Warszawie w ilości 24 przypadków twardzieli, ze względu że rozpoznanie wszystkich tych przypadków potwierdzone zostało badaniem bakterjologicznem, wykonanem przez kol. Brunnera.

Zestawiając wszystkie przypadki twardzieli, zebrane zapomocą ankiety i spostrzegane przezemnie, otrzymałem ogółem 68 przypadków (18 przypadków, przysłanych przez wyżej wymienionych kolegów, 24 przypadki prof. Erbricha i Jakubowskiego i 26 z mojej praktyki ambulatoryjnej i prywatnej.

Dodać muszę, że prawdopodobnie jest to zaledwie nieznaczna część wszystkich przypadków twardzieli, znajdujących się w naszym kraju. Częstokroć choroba trwa dość długo, niekiedy kilka lat, zanim chory zwróci się do lekarza. Otóż tych chorych, nie zwracających się dotychczas do żadnego lekarza, sądzę, jest większość, co rzecz jasna nie wyłącza tego, że chorzy ci, wcześniej czy później, będą jednak zmuszeni zasięgnąć porady lekarskiej, gdy objawy zwężenia poszczególnych odcinków dróg oddechowych ulegną obostrzeniu. Objawy utrudnionego oddychania w przebiegu twardzieli rozwijają się zazwyczaj w bardzo powolnem tempie (wyjątek stanowią dzieci, u których twardziel przebiega daleko szybciej) i niekiedy podziwiać można, jak chorzy ze zwężoną ad maximum krtanią przystosowują się i niejako przyzwyczajają do oddychania przez tak niewielki otwór w krtani, że gdyby podobnego rodzaju zwężenie wystąpiło odrazu, niewątpliwie spostrzegalibyśmy u tegoż samego chorego ostre objawy duszności. Na zniekształcenie nosa, niekiedy wprost potworne (porówn. fotografie), chorzy i otoczenie ich zwracają jeszcze mniej uwagi — zazwyczaj rozpoznają i określają je jako »róża nosa« i zadowalniają się przykładaniem sadła, liści, gałganków i td. Gdy jednak wystąpią ostre objawy duszności, wtedy chorego wiozą do najbliższego szpitala dla »włożenia rurki« i w tych razach wykonanie tracheotomji należy do zadań bardzo ciężkich, pomijając, że o dokładnem zbadaniu chorych takich przed operacją nie może być mowy.

Dla wielu lekarzy prowincjonalnych twardziel jest chorobą nieznaną, i wziąwszy brak u przeważającej liczby naszych lekarzy wyszkolenia oto-rhino-laryngologicznego, prawidłowe rozpoznanie twardzieli, szczególnie we wczesnych okresach, jest rzeczą naogół rzadką. Z tego powodu przyznać muszę, że statystyczne dane, zebrane zapomocą mojej ankiety dają jedynie przybliżony obraz rozpowszechnienia twardzieli w b. Kongresówce. Lecz nawet tak niedostateczny i niezbyt obfity materjał statystyczny pozwala nam wyciągnąć niektóre wnioski, wyjaśniające sprawę wędrowania twardzieli i jej umiejscowianie się w naszym kraju.

Przedewszystkiem widzimy, że twardziel jest chorobą endemiczną w ziemi lubelskiej i siedleckiej, skąd na 68 wszystkich przypadków pochodzi 53 chorych. Następnie widzimy, że twardziel przekroczyła rzekę Wisłę i że już mamy sporadyczne przypadki twardzieli w ziemi Radomskiej (7 przypadków kol. Kossaka). Z materjału nadesłanego mi przez kol. prof. Erbricha i Cz. Jakubowskiego widzimy, że z sąsiadujących z b. Królestwem Polskiem powiatów ziemi Grodzieńskiej notowano 7 przypadków twardzieli, a więc należy przewidywać, że twardziel posuwać się może również od północy i połączyć z ogniskiem twardzieli, znajdującem się w ziemiach Siedleckiej i Lubelskiej.

Na 68 przypadków twardzieli przeważająca ilość dotyczy kobiet — 50 przypadków, z tych 20 przypadków dotyczy kobiet w młodym wieku (od 20—30 lat [3]).

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
od 1 — 10 r.	—	1
„ 10 — 20 „	5	13
„ 20 — 30 „	5	20
„ 30 — 40 „	6	10
„ 40 — 50 „	2	5
„ 50 — 60 „	—	1
Razem	18	50

Twardzielą widocznie dla tych lub innych powodów daleko częściej zarażają się dziewczęta, aniżeli chłopcy, ponieważ przewaga ilości dziewczyn nad ilością chłopców daje się zauważyć już w drugiej rubryce (od 10 — 20 roku życia) — na 5 chłopców przypada 13 dziewczyn. Pozatem notowany jest 1 przypadek u 5-letniej dziewczynki z wyraźnemi zmianami twardzielowemi w nosie.

Bardzo pouczającem jest zestawienie 5 przypadków twardzieli, spostrzeganych przez kolegów prof. Erbricha i Cz. Jakubowskiego, dotyczących rodziny D. z Hrubieszowskiego. To »twardzielowe« rodzeństwo składa się z 3 braci i 2 sióstr. Najstarszy brat 27 l. liczący, prawdopodobnie pierwszy uległ zakażeniu twardzielą — wkrótce po nim lub jednocześnie zachorował młodszy brat 22 l. U obydwu choroba trwa od 10 lat. Po upływie 4 lat występują objawy twardzieli u najmłodszego 18-letniego brata, u obydwu zaś sióstr dopiero po upływie 7 lat. Z tego spostrzeżenia wyprowadzić możemy niezbity wniosek, że zakażenie twardzielą nawet u członków jednej i tej samej rodziny, mieszkających w jednym i tym samym domu wśród bardzo niehigjenicznych warunków, przy braku przestrzegania elementarnych środków ostrożności, występuje dopiero po szeregu lat współżycia, a więc, że niebezpieczeństwo zakażenia się twardzielą nie może być zbyt wielkie. Za to, o ile dany osobnik zakaził się twardzielą, choroba ta nie opuści go aż do śmierci, bowiem, jak dotychczas, twardziel jest chorobą absolutnie nieu-

[2]) Dwa listy zostały zwrócone przez pocztę z powodu śmierci adresatów.

[3]) Trzy przypadki kol. Kaczyńskiego z Parczewa, których wiek nie został podany, umieszczono w rubryce „20—30 lat", ponieważ kol. Kaczyński zaznacza, że wszystkie te chore kobiety były w młodym wieku.

leczalną[4]), będąc pod tym względem bardzo podobną do trądu (L e p r a), z którym pod wieloma względami twardziel posiada wiele cech wspólnych.

Na 68 przypadków twardzieli zaledwie 3 razy spostrzegano twardziel u osób wyznania mojżeszowego (1 mężczyzna i 2 kobiety). Jedyny mężczyzna wyznania mojżeszowego, chory na twardziel, spostrzegany przezemnie, był kupcem zbożowym i miał zawsze dużo do czynienia z ludnością wiejską, często nocował w wiejskich chatach i t. d.[5]) Pozostałe 65 przypadków dotyczą chorych wyznania katolickiego lub prawosławnego, pochodzących ze wsi lub z małych miasteczek. Na zasadzie tych danych potwierdzić mogę znany już zresztą fakt, że twardziel jest chorobą niemal wyłącznie ludności wiejskiej, że wśród ludności wyznania mojżeszowego zdarza się względnie rzadko, że, słowem, **twardziel jest tym naszym polskim chłopskim trądem, który należy jak najprędzej doszczętnie wytępić**[6]).

Wszystkim tym chorym na twardziel, przezemnie spostrzeganym i operowanym, zawsze dawałem możliwie proste i dokładne wyjaśnienia istoty gnębiącej ich choroby, a również byli oni uświadamiani o zaraźliwości twardzieli dla najbliższego otoczenia. Chorym twardzielowym zalecałem przestrzeganie czystości, używanie oddzielnych ręczników do mycia twarzy, oddzielnych chustek do nosa wreszcie oddzielnych naczyń do jedzenia i utrzymywanie wszystkich tych przedmiotów w możliwej czystości. Rad moich chorzy zazwyczaj słuchali z wielką uwagą i przyrzekali do nich się stosować, czy jednak przyrzeczenia swe spełniali, odpowiedzieć na to pytanie nie mogę. W każdym razie uświadamianie chorych na twardziel może być, sądzę, bodaj jedynym racjonalnym środkiem zapobiegawczym, ponieważ izolowanie chorych na twardziel w specjalnych »Scleromatorjach« (»Scleromheime« niemieckich autorów) jest niewykonalne i bezcelowe, ponieważ trudno przypuścić, że okaże się możliwem izolowanie w s z y s t k i c h chorych. Daleko właściwszem, zdaniem mojem, byłoby spisanie wszystkich już znanych przypadków twardzieli i podanie ich a również ich najbliższego otoczenia czujnej i umiejętnej opiece lekarskiej.

Na zakończenie podaję kilka fotografji spostrzeganych przezemnie przypadków twardzieli nosa (tak zw. »p o s t a ć H e b r y«).

Na fig. 1 i 2 widzimy względnie nieznaczne zniekształcenie zewnętrznego kształtu nosa, który jednak jest już dość twardy i z lekka rozdęty. Na fig. 3 i 4 widzimy już daleko więcej rozwinięte zmiany w zewnętrznym kształcie nosa, prócz rozdęcia nosa widzimy nacieczenie skóry pokrywającej skrzydła nosa, szczególniej na fig. 4 wybitnie zaznaczone po stronie lewej w kształcie guzów. Nacieczenie przechodziło z nosa po części na górną wargę, lecz na fotografji widzimy obecnie w tem miejscu nie guzy, lecz dość dużą bliznę, łączącą dolny ogonek nosa z górną wargą. Na fig. 5 zmiany zewnętrznego kształtu nosa dotyczą głównie prawej połowy, lecz zniekształcenie jest już dość znaczne, wywołane głównie przez niemiarowość w konfiguracji nosa. Natomiast na fig. 6 zniekształcenie nosa jest wprost potworne. Na fig. 7 widzimy, jak naciek twardzielowy zniszczył skórę, pokrywającą nos w okolicy prawej kości nosowej i przedostał się na powierzchnię skóry pod postacią owrzodzenia okrągłego, kształtu. Fig. 8 wyobraża zniekształcenie nosa wywołane nie przez twardziel lecz przez olbrzymią ilość kolosalnych polipów nosowych. Na pierwszy rzut oka zdawać się może, że mamy tu również do czynienia z twardzielą nosa, lecz jedno dotknięcie nosa palcem wyjaśnia wątpliwość, ponieważ w przypadkach zniekształcenia nosa przez t. zw. polipy, nos zawsze jest m i ę k k i, natomiast przy twardzieli tkanki są nadzwyczaj twarde, jak z drewna[7])

Bardzo ciekawe są dwie ostatnie fig. 9 i 10, wyobrażające odlewy gipsowe dwóch przypadków twardzieli nosa, spostrzeganych przez prof. Ludwika B i e r k o w s k i e g o w Krakowie. Odlewy te znajdują się obecnie w zbiorach katedry historji medycyny przy uniwersytecie Jagiellońskim, uprzednio zaś znajdowały się w Muzeum prof. L. B i e r k o w s k i e g o[8]). Fotografje te otrzymałem od prof. Adama W r z o s k a, który odszukał i uratował dość znaczną ilość odlewów gipsowych z tego Muzeum. Fig. 9 i 10 wyobrażają dwa przypadki twardzieli nosa z przodu i z boku fotografowane. Po drugiej stronie odlewów czytamy napisy: „R o k 1840/41 R a k n o s a (*cancer nasi*) o d 2½ r o k u p o w s t a ł y. J ó z e f S t r a c h p a r o b e k z G a l i c j i l a t 30-ści l i c z ą c y, p r z y b y ł d o k l i n i k i c h i r. 11 l i s t o p a d a 1840. w y s z e d ł n i e u l e c z o n y 31 g r u d n i a 1840."
„R o k 1850. R a k n o s a (*cancer*). I w a n O c h r y m R u s i n w i e ś n i a k l a t 42 z G w o ź d ź c a w C y r k u l e K o ł o m e j s k i m, o d 4 l a t p o c z ą t e k c h o r o b y. O d w z o r o w a n e w p o d r ó ż y p o G a l i c j i w e w r z e ś n i u"[9]).

Dr. Bronisław Berens. Wilno

Z powodu artykułu Dra Bronowskiego: „Kilka uwag o udawaniu i sztucznem wywoływaniu objawów".

Poruszona przez S. B r o n o w s k i e g o sprawa o udawaniu i o sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lekarskiej zasługuje na szersze omówienie i szczegółowe opracowanie, gdyż wobec licznie w naszej Ojczyźnie zamieszkałych żydów, bardzo często starających się uchylić od ciężkiego obowiązku służby wojskowej, nie mówiąc o innych wszelkiego gatunku i zabarwienia antymilitarystach, sprawa ta ma pierwszorzędne znaczenie dla każdego lekarza wojskowego, nietylko w jego stosunku do chorych lub udających chorobę żołnierzy ale i przy wydawaniu orzeczeń w komisjach poborowych oglądających rekrutów. Dokładna znajomość sposobów i środków, używanych przez symulantów w celu zwolnienia się od służby wojskowej, nieraz może oszczędzić lekarzowi przykrych i uwłaczających czci jego zarzutów stronniczego wydawania opinji o zdolności do służby w wojsku osobników, którzy zwolnieni *bona fide* przez lekarza, wprowadzonego przez nich w błąd, okazaliby się następnie najzupełniej zdrowymi.

Z tego też względu pozwalam sobie skreślić tę słów parę w celu zwrócenia uwagi na błędne, mojem zdaniem, w jednym punkcie twierdzenia kol. B r o n o w s k i e g o. Mianowicie mówiąc o duszności (punkt. f.), łatwo mogącej być symulowaną, Dr. Bronowski uważa, iż obecność sinicy powłok zewnętrznych i błon śluzowych usuwa wszelkie podejrzenia symulacji. Na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na licznych tego rodzaju przypadkach, jakie w charakterze lekarza wojskowego armji rosyjskiej miałem sposobność spostrzegać w okresie czasu od 1914—1917 roku, śmiem twierdzić iż właśnie n a d m i e r n a sinica błon śluzowych i powłok zewnętrznych jest nieraz objawem podejrzanym. Właśnie objaw ten zbyt często w wspomnianym czasie przezemnie u żołnierzy spotykany, nasunął mi podejrzenie sztucznego pochodzenia, co następne szczegółowe badania w zupełności potwierdziły.

---

[4]) Opisany przez L. L u b l i n e r a przypadek z a n i k u twardzieli nosa po przebyciu przez 35-letniego chorego duru osutkowego (*Typhus exanthematicus*) stanowi u n i c u m w literaturze tego przedmiotu (Gazeta Lekarska 1891). Przypadek opisany przez L u b l i n e r a był dokładnie zbadany i w preparatach mikroskopowych oraz bakterjologicznie wykryto prątki twardzieli. Niestety przypadek ten nie był spostrzegany przez czas dłuższy, a więc nie jest wykluczoną możliwość nawrotu twardzieli, która czasowo znikła pod wpływem zarazka tyfusu wysypkowego.

[5]) Według statystyki zebranej z oddziału i kliniki laryngologicznej śp. prof. P i e n i ą ż k a w Krakowie przez Dra Antoniego P a c h o ń s k i e g o w pracy pod tyt. „273 p r z y p a d k i t w a r d z i e l i l e c z o n e w l a t a c h 1894 — 1910" — „P r z e g l ą d L e k a r s k i 1910" okazuje się, że w Galicji twardziel względnie często spostrzegana bywa u osób wyznania mojżeszowego. Według P a c h o ń s k i e g o na 273 przypadków twardzieli spostrzegane w krakowskiej klinice od 1894 do 1910 było 169 chorych wyznania rzym.-kat., 75 wyznania grecko-katol. oraz 36 mojżeszowego.

[6]) Tę straszną chorobę emigranci nasi przenieśli ze sobą do Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej, gdzie zanotowano 20 przypadków twardzieli nosa u osobników przeważnie pochodzących z Polski i Austrji (W i l i a m B a l l e n g e r, D i s e a s e s o f t h e n o s e, t h r o a t a n d e a r 1911 str. 284). U rodowitych amerykanów (n a t i v e - b o r n A m e r i c a n) choroby tej dotychczas nie spostrzegano wcale i B a l l e n g e r twierdzi, że w przypadkach wątpliwych, o ile chodzi o rodowitego amerykanina, należy twardziel nosa wyłączać (L. c. str. 286) przy rozpoznaniu różnicowem.

[7]) Przy krajaniu mikrotomem okazuje się, że nacieki twardzielowe bynajmniej nie są twarde — twardość ich powoduje napięcie tkanki. Porówn. J. S t e i n h a u s: Du S c l é r o m e, Etude anatomo-patologique. Bruxelles 1910 str. 5 „A la palpation, les tuméfactions scléromateuses donnent l'impression de dureté, elles ne cédent pas à la pression du doigt. Mais à la coupe on constate que le tissu scléromateux à la periode d'état n'est par dur, c'est sa tension, qui donne l'impression de dureté".

[8]) H e b r a jak wiadomo, pierwszy opisał szczegółowo twardziel nosa i dał jej dotychczas będącą w użyciu nazwę „Rhinoscleroma" w roku 1870.

[9]) Porówn. Ludwik B i e r k o w s k i. Monografia prof. Adama W r z o s k a str. 135.

Symulanci, przybywający do szpitala z ciężkiemi nieraz objawami niedomogi mięśnia sercowego, z dusznością, z małem tętnem i z bardzo silną sinicą nietylko błon śluzowych, ale i powłok zewnętrznych na twarzy i na kończynach tak górnych jak i dolnych, wywoływali te objawy sztucznie, przyjmując, jak się okazało, *per os* duże dawki antyfebryny. Znajdowana u tych żołnierzy niejednokrotnie antyfebryna, jak zresztą i szczere przyznanie się niektórych z nich do winy, wyjaśniło sprawę najzupełniej. Chorzy po pozbawieniu ich możności dalszego zatruwania się antyfebryną i po zastosowaniu środków wzmacniających działalność serca po niedługim czasie wracali do zdrowia, a spostrzegane uprzednio ciężkie objawy ze strony serca ustępowały bez śladu.

Na zasadzie powyższego sądzę zatem wbrew twierdzeniu kolegi Bronowskiego, iż spostrzegana u badanego osobnika sinica nietylko nie powinna usypiać czujności badającego lekarza, lecz naodwrót pobudzić go do tem baczniejszego i uważniejszego zbadania, tembardziej szczegółowego, im silniej wyrażona jest sinica.

Na zakończenie wspomnę, iż niejednokrotnie spostrzegałem u symulujących choroby sercowe, silne zaburzenia działalności serca (bez sinicy), jako skutek palenia papierosów zrobionych z liści herbacianych.

T. Browicz Kraków.

W sprawie rakowacenia tkanek.

Do artykułu (Nr. 25. P. Gaz. lek.) w sprawie rakowacenia tkanek przesyła autor następujący dodatek:

Do ustępu: »Komórka rakowa jest podstawą zmian w przemianie materji w organizmie, jak to w toku raka spotykamy, jedną z podstaw marnienia organizmu rakowaciejącego, charłactwa rakowego«, dodać należy:

Komórka to organizm wchłaniający odpowiednie substancje niezbędne dla życia i funkcji komórki, przetwarzający je, wydzielający i wydalający substancje dla organizmu, w skład którego komórka wchodzi, bądź to korzystne, przydatne, bądź dlań szkodliwe, skoro nie bywają zobojętniane czy wydalane z organizmu.

Każda komórka to niejako gruczoł spełniający taką czy owaką funkcję.

Komórka rakowa jest bądź co bądź tworem obcym organizmowi normalnemu, tworem wyróżniającym się od komórek chorobowo zmienionych, z jakiemi się tak często spotykamy. Twór to ruchliwy, pełzakowaty, wciskający się w sąsiednią tkankę i niszczący ją, niezwykle mnożny, przerzutny, niszczący organizm nierzadko licznemi przerzutami, przeszczepny.

Komórka rakowa, tak energicznie działalna, wytwarzać musi, jak każda zresztą komórka, substancję czy substancje różniące się jednak niewątpliwie od substancyj wytwarzanych przez różnorodne komórki nabłonkowe, tak normalne jakoteż chorobowo ale nie rakowo zmienione. Substancje te przez przeinaczoną, zrakowaciałą, komórkę wytwarzane działają widocznie szkodliwie na organizm a wiemy, że nawet minimalna ilość pewnych substancyj, szczególnie działających trwalej, wywoływać mogą i wywołują stany chorobowe.

Z praktyki.

Dr. Edward Bruner. Warszawa.

Współistnienie liszaja rumieniowatego i wilka.

Z oddziału chorób skórnych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie. (Ordynator: dr. Robert Bernhardt).

Etjologja liszaja rumieniowatego oraz stosunek jego do gruźlicy należą wciąż do tych zagadnień z zakresu dermatologji, dookoła których toczą się gorące spory.

Podczas, gdy jedni z autorów odrzucają bezwzględnie pochodzenie gruźlicze tego cierpienia, inni z całą stanowczością stwierdzają ścisły związek, zachodzący pomiędzy niem a gruźlicą. Wreszcie niektórzy z badaczów, a wśród nich tak wybitni, jak Brocq i Jadassohn, zajmują stanowisko pośrednie, uważając, iż różnorodne czynniki etjologiczne, a między innemi i gruźlica, mogą być przyczyną obrazów klinicznych liszaja rumieniowatego. Dzisiaj nie jesteśmy w stanie kwestji tej rozstrzygnąć ostatecznie. Musimy jednakże uwzględnić badania lat ostatnich, które dostarczyły nam wielu cennych spostrzeżeń klinicznych, jakoteż doświadczalnych, przemawiających niewątpliwie za pochodzeniem gruźliczem omawianego cierpienia. Należy, jak to słusznie zaznacza Bernhardt w swoim podręczniku chorób skóry, »wytrwać na obranem stanowisku i konsekwentnie zdążać do celu, wierząc, iż sprawa ostatecznie rozstrzygnie się na korzyść gruźlicy«. W tym celu powinniśmy gromadzić materjał dowodowy, notując każde spostrzeżenie kliniczne o wyniku dodatnim. Najważniejszym bezpośrednim dowodem przynależności liszaja rumieniowatego do gromady schorzeń gruźliczych skóry byłoby wykazanie prątka Kocha w ogniskach chorobowych. Niestety tylko badania metodą antiforminową (Arndt, Hidaka, Friedländer i inni) zdołały wykazać obecność laseczników, barwionych według Ziehl-Neelsen'a i Much'a. Metoda ta jednakże, jak wiadomo, spotkała się z poważnemi zarzutami i w zastosowaniu do badań skóry nie może odgrywać roli decydującej. Szczepienia na zwierzętach dały wyniki dodatnie w dwóch przypadkach Gougerot'a (z nich tylko jeden jest typowy), w jednym Ehrmanna i Reinesa oraz w czterech Blocha i Fuchsa. Tak by się przedstawiały w kilku słowach dowody bezpośrednie swoistości gruźliczej liszaja rumieniowatego. Do dowodów pośrednich, tj. tych, które Lewandowsky obejmuje mianem dowodów 2, 3 i 4 stopnia, należą: 1) wywoływanie odczynów swoistych, 2) typowa budowa drobnowidowa, 3) występowanie u osobników, dotkniętych gruźlicą, 4) współistnienie z nieulegającemi wątpliwości cierpieniami gruźliczemi skóry. Z odczynów biologicznych, spotykanych w przebiegu liszaja rumieniowatego, należy podkreślić odczyn tuberkulinowy miejscowy, występujący po podskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny oraz po wcieraniu maści Moro. Według Aage Fons's'a (z instytutu Finsena w Kopenhadze) zjawia się on mniej więcej w 6% wszystkich przypadków, przebiega często nietypowo w przeciwieństwie do wilka, który w 81% daje wyniki dodatnie. Blochowi i Fuchsowi udało się wykryć tuberkulinę w tkance chorobowej. Wyciągi sporządzone przez autorów z ognisk liszaja rumieniowatego wstrzykiwano śródskórnie osobnikom gruźliczym. Otrzymywano odczyny, jak przy tuberkulinie. Badanie drobnowidowe grudek w miejscu wkłucia wykazało budowę gruzełkowatą. Inaczej się przedstawia obraz mikroskopowy wykwitów samego liszaja rumieniowatego. Mamy tu do czynienia z zapaleniem przewlekłem niecharakterystycznem ze skłonnością do zmian zanikowych przy zupełnym braku tkanki gruzełkowatej. Ten więc dowód zupełnie upada. Za to bardzo przekonywające jest występowanie cierpienia u osobników, dotkniętych jednocześnie gruźlicą innych narządów. Bernhardt na zasadzie własnego materjału oblicza częstość tych przypadków na 88·5%. Co się zaś tyczy współistnienia liszaja rumieniowatego i innych postaci klinicznych skóry, to tenże autor (Bernhardt. O współistnieniu tuberkulidów i liszaja rumieniowatego. Gazeta Lekarska Nr. 48 r. 1911) zwraca uwagę, iż względnie często spotykają się tuberkulidy grudkowato-krostkowe, rumień stwardniały i liszaj zołzowy. Od tego czasu liczba spostrzeżeń podobnych wzrosła tak, iż Lewandowsky w podręczniku gruźlicy skóry, wydanym w 1916 roku, wyraźnie zaznacza, iż faktu tego nie można objaśniać przypadkowością. Zwłaszcza występowanie współczesne liszaja rumieniowatego i różnych odmian tuberkulidów u tego samego osobnika nasuwa myśl o łączności etjologicznej obydwóch cierpień.

Daleko rzadsze są w piśmiennictwie spostrzeżenia o współistnieniu liszaja rumieniowatego i wilka. Ta rzadkość nawet przemawiałaby, według Jadassohna, przeciw pochodzeniu gruźliczemu liszaja. Rozpoznanie kliniczne przypadków tego rodzaju bywa niekiedy bardzo trudne. Z jednej strony możemy mieć do czynienia z opisanym już w 1890 roku przez Leloir'a *lupus vulgaris erythematoides*, z drugiej zaś *lupus erythematodes* może dawać obrazy łudząco podobne do wilka pospolitego (tak zwany *lupus erythematoides tuberculoides*). *Lupus erythematoides* Leloir'a, niesłusznie przez swego twórcę i Leredde'a uważamy za postać mieszaną, jest drobnowidowo i doświadczalnie typową gruźlicą skóry. Nadmierne rogowacenie w ujściach mieszków włosowych jest powodem wytworzenia się grubych łusek, mocno trzymających się

skóry. Wybitne zaczerwienienie obwodu ogniska chorobowego oraz silnie wyrażony naciek nadają tej odmianie morfologicznej wilka cechy zupełnie odrębne. To też klinicznie, zwłaszcza w razie umiejscowienia na policzkach i nosie pod postacią motyla, obraz taki może wprowadzić w błąd najbardziej doświadczonego dermatologa. Tak stało się w spostrzeżeniu Kyrlego, w którem u 27-letniego mężczyzny rozpoznawano liszaj rumieniowaty i tylko zupełnie przypadkowo dokonane badanie wyciętej tkanki wykazało obecność jednego współistniejącego ogniska wilkowego. W przypadkach *lupus erythematoides tuberculoides* występują grudki brunatne, które klinicznie zupełnie się nie różnią od gruzełków wilka. Badanie jednakże drobnowidowe przekonywa nas o tem, iż owe grudki rzekome są masami bryłowato ułożonej i gęsto skupionej elastyny (tak zwane zresztą nieodpowiednio koloidalne zwyrodnienie włókien sprężystych). W bardzo rzadkich spostrzeżeniach, jak np. Hoffmanna, zmiany tkanki sprężystej były zupełnie nikłe; za to obfite nacieki drobnokomórkowe, ułożone pod ścieńczałym naskórkiem, zupełnie przypominały swym wyglądem grudki wilkowe. A zatem tylko badanie drobnowidowe oraz próba tuberkulinowa mogą stwierdzić dość ściśle współistnienie wilka i liszaja rumieniowatego. Bardzo być może, iż trudności rozpoznawcze wpłynęły na nieznaczną liczbę ogłoszonych odnośnych spostrzeżeń.

Z tych samych względów musimy bardzo krytycznie odnosić się do przypadków dawniejszych, ocenianych tylko klinicznie bez badania histologicznego (Lang, Schwimmer, Frèche, Müller, Lacavalerie, Besnier, Fabry, Thibierge, Nielsen, Jadassohn i inni). Bardziej przekonywającemi dla nas są nowsze spostrzeżenia Kyrlego, Spitzera, Bornemanna, Martensteina. U Kyrlego, Spitzera i Martensteina znajdujemy potwierdzenie drobnowidowe rozpoznania, u Bornemanna tuberkulinowe (28-letnia kobieta z t. b. c. apicis — na głowie i uszach lupus erythematodes, na prawym policzku wilk pospolity: po 0,1 mg A. T. B. wyraźny odczyn tylko w ognisku wilka). Do tych kilku przypadków z piśmiennictwa pozwolę sobie dorzucić przypadek, spostrzegany na naszym oddziale.

Chora M. P. lat 50 przybyła na oddział 23. V. 1918 r. z typowym wilkiem na skórze obydwóch skrzydeł nosa oraz na policzku prawym. Sprawa chorobowa, wielokrotnie leczona na naszym oddziale, trwa od kilkunastu lat, zmiany bliznowate doprowadziły do zniekształcenia nosa oraz do zwężenia otworów nosowych. Naciek wargi górnej; pośrodku nacieku owrzodzenie, pokryte strupkiem. Błona śluzowa przegrody nosowej nacieczona bez przedziurawienia. Nacieki i owrzodzenia dziąseł górnych. Owrzodzenia na podniebieniu twardem oraz na tylnej ścianie gardzieli. Płuca bez zmian klinicznych. U chorej tej podczas pobytu na oddziale utworzyły się umiarowo w okolicy obydwóch brwi dość ostro odgraniczone, łukowato przebiegające nacieki, nieco wyniosłe ponad otoczenie o długości mniej więcej 4—5 cm. Pokryte były one białoszarawemi suchemi łuskami, swędzenia nie powodowały. Z początku przyjęliśmy to cierpienie za zwykłą pryszczycę łojotokową. Dopiero bliższe zbadanie wykazało, iż mamy do czynienia z łuską dość suchą, bardzo mocno przylegającą. Dolna część łuski posiadała cały szereg czopowatych wyrostów, którym odpowiadały zagłębienia w skórze. Po usunięciu łuski paznokciem powierzchnia łatwo krwawiła. Naciek przy badaniu zgłębnikiem okazał się dość zbitym: koniec zgłębnika pozostawiał w nim jamki, nie przenikając w samą tkankę, jak w ogniskach wilka.

Mając w pamięci już uprzednio wzmiankowany przypadek, ogłoszony przez Bernhardta, w którym liszaj rumieniowaty wystąpił u chorego z tuberkulidami trędzikowatemi, byliśmy pewni, iż klinicznie mamy do czynienia z bardzo rzadkiem współistnieniem wilka i liszaja rumieniowatego.

Nacieki liszaja po kilku tygodniach istnienia ustąpiły same bez leczenia, pozostawiając dość głębokie blizny. Zmiany wilkowe na skórze i błonach śluzowych uległy pewnej poprawie pod wpływem stosowania pasty Cosme'a, kwasu mlecznego i rentgenoterapji. Odczynów na tuberkulinę nie mogliśmy sprawdzić z powodu niemożności otrzymania jej w Warszawie w tym okresie czasu.

Badanie drobnowidowe kawałka wyciętej skóry z okolicy brwi prawej zupełnie potwierdziło nasze przypuszczenie. Obraz mikroskopowy przedstawiał się w sposób następujący. Warstwa rogowa znacznie zgrubiała, tworzy czopy rogowe, wnikające głęboko w naskórek. Czopy te miejscami zatykają wyloty gruczołów łojowych, miejscami wgłębiają się zupełnie niezależnie od przewodów gruczołowych. Warstwa ziarnista składa się z 1—2 szeregów komórek. Sieć Malpighi'ego wybitnie wąska, warstwa kolczasta gdzieniegdzie wykazuje nieznaczne rozrosty (*acanthosis*). Objawy obrzęku śród- i międzykomórkowego. W skórze właściwej znajdujemy nieobfite, ogniskowe nacieczenia drobnokomórkowe dookoła naczyń, mieszczące się głównie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej oraz składające się z limfocytów i nieznacznej ilości komórek łącznotkankowych. Naczynia o śródbłonku prawidłowym nieznacznie rozszerzone. Tkanka łączna na całej przestrzeni silnie obrzękła, rozrzedzona; w warstwie brodawkowej oraz częściowo podbrodawkowej przy barwieniu hematoksyliną eozyną przyjmuje odcień niebieski, a przy barwieniu van Giesonem — różowobrunatny. Przyczyna tego objawu tkwi w głębokich zmianach włókien sprężystych. Włókna są obrzmiałe, o nieprawidłowych zarysach, zlewają się ze sobą w jednorodne masy, barwiące się orceiną na kolor brunatnoniebieski. Budowę ich opisowo można by porównać z budową wojłoku. Brodawki są szczelnie wypełnione temi zlepkami, które dochodzą do samego naskórka, gdzieniegdzie oddzielone od niego rąbkiem obrzękłej tkanki klejorodnej. W warstwach głębszych skóry zmiany tkanki sprężystej są mniej wybitne. Pojedyńcze włókna są również obrzmiałe, grube, ale już nie wytwarzają mas wyżej opisanych.

Wiadome jest, iż niema ani jednego objawu, bezwzględnie charakterystycznego dla obrazu drobnowidowego liszaja rumieniowatego. Stosownie do umiejscowienia, typu klinicznego i czasu trwania obrazy się zmieniają. Niektórzy z autorów starali się wykryć pewne cechy odrębne — jako to charakter nacieku, rozszerzenia naczyń chłonnych (Lymphseen), nowotworzenie naczyń itp. Jednakże zmiany te nie pozwalają na różniczkowe ich wyodrębnienie. Tylko na zasadzie całokształtu poszczególnych objawów możemy wnioskować, iż mamy drobnowidowo do czynienia z liszajem rumieniowatym. Jedyny może wyjątek stanowiły by zmiany tkanki sprężystej. Te bezpostaciowe skupienia elastyny, tworzące kłębki, zlepki i bryłki, dochodzące do samego naskórka, odrazu rzucają się w oczy. Zmiany powyższe po raz pierwszy opisał Schonheid, uważając je za zwyrodnienie koloidalne włókien, powstałe wskutek obrzęku. Jadassohn w monografji swej o liszaju rumieniowatym potwierdza spostrzeżenia Schonheida, zaznacza jednakże, iż zmiany te widywał na twarzy u ludzi starszych, u młodszych zaś nie było ich wcale.

Z podobnem zwyrodnieniem włókien sprężystych spotykamy się w innych cierpieniach skóry twarzy.

Liszaj rumieniowaty, według Jadassohna, może jedynie przyśpieszać to zwyrodnienie, potęgować je. Lewandowsky nie przypisuje temu objawowi poważniejszego znaczenia, mniemając, iż zmiany podobne zachodzą w skórze zdrowej ludzi starszych. Przeciwnie Kyrle na zasadzie zbadanych przez się 20 przypadków (z których w 5-ciu wiek chorych wahał się między 20 a 30 rokiem życia) przychodzi do wniosku, iż preobrażenie to tkanki sprężystej należy uznać za bezwzględnie charakterystyczne i posiłkować się niem w celach rozpoznania różniczkowego.

Arzt zbadał 7 przypadków liszaja rumieniowatego w tym samym kierunku i znalazł zmiany wyraźne w tkance sprężystej dopiero u ludzi starszych ponad lat 37.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż wiek chorych odgrywać musi pewną rolę w powstawaniu zwyrodnienia.

Badanie skrawków skóry zdrowej z otoczenia blaszek chorobowych uchroni nas od tego błędu. Zmiany opisane możemy spostrzegać i w innych cierpieniach skóry twarzy (np. blizny poospowe, *pseudoxanthoma elasticum verum et diffusum*, sprawy zapalne, nowotworowe, *colloidoma miliare* itp.).

Na zasadzie badań histologicznych liszaja rumieniowatego u chorych z naszego oddziału musimy z całą stanowczością stwierdzić, iż tak zwane koloidalne zwyrodnienie włókien sprężystych jest bardzo częstym objawem w przebiegu tego cierpienia, zwłaszcza jego odmiany głębokiej. Zmiany te drobnowidowe stanowić mogą ważną wskazówkę rozpoznawczą i dlatego w żadnym odnośnym przypadku nie należy zaniedbywać barwienia na włókna sprężyste.

Piśmiennictwo.

Arzt L. Zur Pathologie des elast. Gewebes der Haut. Arch. f. Dermat. 1913, T. 118, s. 465. Bernhardt. Choroby skóry 1921. Bornemann. Ueber Besonderheiten beim Lupus erythem. Derm. Zeitschrift T. 12, s. 349. Fonss Aage. Einige Bemerkungen über das Verhältnis des Lup. erythem. zur Tuberkulose. Archiv für Derm. T. 129 1921 r. Hoffmann. Lupoide Einlagerungen bei Lup. erythem. Archiv 1912. T. 113, str. 431. Jadassohn. Lupus erythemat. Mraceks Handbuch. Kyrle. Ueber ein. Fall von Lup. erythem. in Gemeinschaft mit Lup. vulgaris. Archiv für Derm 1909 T. 94, s. 309. Lewandowsky. Die Tuberkulose der Haut. 1916 r. Martenstein. Nebeneinanderbestehen einer Hauttbc. und eines lup. erythem. Centralblatt für Hautkrank. 1922. T. IV, z. 6 s. 322. Spitzer L. Association de lupus erythem et de lupus tuberculeux Annales 190 Z. str. 188. Zieler. Hauttuberkulose u. Tuberkulide. Praktische Ergebnisse v. Jesionek 1914.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi w położnictwie i ginekologji.

Podobnie jak w innych działach medycyny, również w położnictwie i ginekologji, leczenie białkiem znalazło zastosowanie w najrozmaitszych cierpieniach, już to z dobrym skutkiem, już to bez wyniku. To też ta nowa metoda leczenia liczy między ginekologami wielu zwolenników, jest jednak także wielu jej przeciwników. Stosowano metodę tę niemal przy wszystkich schorzeniach narządu rodnego, począwszy od gorączki połogowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, przy sprawach zapalnych przy i okołomacicza, jakoteż przydatków macicy, a skończywszy na krwawieniach macicznych najrozmaitszego pochodzenia. Stąd pochodzą różnice w wynikach leczniczych, a w następstwie ich różne zapatrywania autorów na nową metodę leczenia.

Bezkrytyczne stosowanie tej metody we wszystkich cierpieniach stworzyć musi bezkrytycznych optymistów i zwolenników nowego sposobu leczenia. Z drugiej strony bezkrytyczność ta stawia wobec nowego środka żądania, których on często spełnić nie jest w stanie. Okoliczności te właśnie w ginekologji więcej, aniżeli w innych działach medycyny, mają poważne znaczenie. Mimo udoskonalenia badania dwuręcznego nierzadko rozpoznanie ginekologa, zwłaszcza w chorobach przydatków macicy jest wątpliwe. Rozpoznawany często guz przydatkó w macicy, uważany jako następstwo sprawy zapalnej, okazuje się niejednokrotnie przy operacji nowotworem jajnika. Nie potrzeba dowodzić, że w podobnych przypadkach nowa metoda lecznicza zawieść musi, a o ile sprawa zabiegiem operacyjnym nie została wyjaśniona, dzieje się często, że stosujący ten środek traci doń zaufanie i staje się przeciwnikiem tej metody leczenia. Z biegiem czasu nauczono się rozpoznawać i inne błędy nowej metody leczenia i unikania ich. Błędy te polegały głównie na tem, że mleko często nie było jałowe, że skład jego nie zawsze był jednolity i wreszcie, że nadmierne jego dawki mogły wywołać charłactwo proteinowe, cierpienie opisane przez Weichardta i Schittenheima, którzy je u królików spotykali.

Ażeby uniknąć ujemnych stron mleka, zaczęto stosować preparaty proteinowe, których skład więcej jest stały. Z preparatów tych na pierwsze miejsce wybił się aolan i kaseosan, polecony przez Lindiga.

Według twierdzenia Lindiga, po wstrzyknięciu kaseosanu, jako ciała obcego do krwi, powstają we krwi zaczyny proteolityczne. Przy stosowaniu tego środka spostrzegał bardzo dobre wyniki przy naciekach gruźliczych, jakoteż spadek ciepłoty przy poronieniach zakażonych. Opitz, Friedrich jakoteż Jaschke i Siegel stosowali przy rakach macicy naświetlanie promieniami Röntgena z kombinacją wstrzykiwań kaseosanu. Uważają ten sposób leczenia nowotworów złośliwych za bardzo korzystny a efekt działania polegać ma na wzmożonej czynności komórek organizmu (Protoplasmaaktivierung). Esch, Loeser i inni mieli dobre wyniki przy krwawieniach macicznych po wstrzykiwaniu aolanu i mleka kobiecego. Zdaniem Schmidta, jako czynnik powstrzymujący krwawienie, ma mieć znaczenie wapno, zawarte w mleku. Esch nie spostrzegał nigdy wstrząsu anafilaktycznego, tak samo Weichardt, przy doświadczeniach na zwierzętach. Z doświadczeń Behnego z kliniki w Fryburgu wynika, że kaseosan nie jest środkiem obojętnym a autor spostrzegał przy jego stosowaniu bardzo groźne i gwałtowne objawy kliniczne, które ocenia jako wstrząs anafilaktyczny, zaczem przemawia mu okoliczność, że w surowicy chorych już po jednorazowem zastrzyknięciu kaseosanu, a co ważniejsza nawet u osobników nie leczonych, np. u mężczyzn, często mógł wykazać niweczniki przeciwkaseosanowe.

Z dotychczasowych badań nad istotą ciał białkowych, przeprowadzonych na różnych klinikach, wynikało, że proces ustępowania zmian chorobowych nie przebiegał równomiernie do zmiany ciepłoty, do zmian obrazu krwi i dlatego Salomon i Voehl w doświadczeniach swoich nad kaseosanem zastosowali metodę serologiczną, którąby z jednej strony uwidoczniła działanie ciał białkowych, a z drugiej strony mogła dać wskazówkę dla dawkowania tego środka. Z doświadczeń tych przekonano się najpierw, że po wprowadzeniu do organizmu drogą pozajelitową kaseosanu, powstają we krwi swoiste niweczniki, które przy pomocy reakcji wiązania komplementu można wykazać.

Dalsze doświadczenia miały za zadanie stwierdzić, czy przy wprowadzeniu do organizmu kaseosanu drogą pozajelitową istnieje związek pomiędzy ilością niweczników we krwi a objawami klinicznemi i w jaki sposób możnaby związek ten zużytkować przy dawkowaniu środka i rokowaniu. Okazało się, że po wstrzyknięciu kaseosanu u różnych osób występuje zupełnie różny odczyn, raz silniejszy, raz słabszy. Przypadki chorobowe, które spostrzegano, dotyczyły chorych z ropnem zapaleniem sutka, gorączkującem poronieniem, błonicą pochwy, zapalnemi guzami przydatków i obustronnem zapaleniem tkanki łącznej przymacicznej. Przed każdem wstrzyknięciem brali krew, której surowica służyła do odczynu wiązania dopełniacza, przyczem używali kaseosanu, jako antigenu. W ten sposób, według rozcieńczenia i odczynu, oznaczali zawartość niweczników we krwi i uwzględniali przytem równocześnie objawy kliniczne. W przebiegu leczenia, w miarę zwiększania się liczby niweczników, występowały i objawy ogólne coraz częściej, które odnieść należy do anafilaksji. Aby tego wstrząsu uniknąć — wstrzykiwali kaseosan u tych osób nie śródżylnie, lecz śródmięśniowo, przez co środek wolniej do organizmu się dostawał. Lecz i w tych warunkach u niektórych chorych liczba niweczników tak się zwiększała, że to zmuszało do zaniechania dalszych wstrzykiwań.

Przypadki te przekonały ich, że przed stosowaniem kaseosanu musi się oznaczyć zawartość niweczników kaseosanu we krwi i musi się być ostrożnym, jeżeli już normalna surowica wykazuje znaczną zawartość niweczników, lub też gdy ilość tychże w przebiegu leczenia wzrośnie niepomiernie.

Jak Lindig starał się wykazać, obecne we krwi zaczyny proteolityczne powodują działanie lecznicze. Działanie to możnaby w ten sposób wytłómaczyć, że już w zwykłych warunkach we krwi krążące kazeiny stanowią trwałą ochronę przeciw chorobom, względnie w razie wystąpienia choroby przyczyniają się do wyleczenia tejże.

Ponieważ atoli z drugiej strony, nawet przy znacznej obfitości niweczników kazeinowych we krwi, proces chorobowy może nie okazywać dążności do ustępowania, więc przypadki te dowodzą, że nie są one podatne już do zwiększenia liczby niweczników, a tem samem i do skutecznego leczenia. Dlatego też, jeżeli w surowicy danej chorej stwierdzili znaczną ilość niweczników, stosowali przy pierwszem wstrzyknięciu dla ostrożności małe dawki (0,1—0,5 cm^3) i to najczęściej nie śródżylnie, lecz śródmięśniowo. Jeżeli i ta mała dawka wywoływała silny odczyn ogólny — nie zwiększali jej przy następnem wstrzyknięciu i to dopiero po 3—5 dniach. W razie małej zawartości niweczników we krwi stosowali bezpiecznie zaraz przy pierwszem wstrzyknięciu dawkę większą, (0,5 cm^3) i to śródżylnie, drugie wstrzyknięcie po 2 dniach. Wielkie znaczenie ma przytem ogólny stan chorej, który określamy mianem konstytucji. Dowodzą tego spostrzeżenia, z których wynika, że jedne osoby, mimo małej ilości niweczników we krwi, okazywały po wstrzyknięciu daleko silniejszy odczyn, aniżeli inne, u których zawartość niweczników we krwi była daleko większa. Okoliczność tę przy dawkowaniu należy uwzględnić w ten sposób, że u chorej, u której, mimo małej zawartości niweczników we krwi, wystąpi silny odczyn, następne wstrzyknięcia należy stosować z większą ostrożnością aniżeli u tej, u której, mimo dużej ilości niweczników we krwi, odczyn ogólny po wstrzyknięciu jest bardzo słaby, lub wcale nie wystąpi.

Co do rokowania, ma być pomyślne w przypadkach, u których nieznaczna stosunkowo zawartość niweczników w surowicy normalnej przez wstrzyknięcie kaseosanu może być zwiększona. Natomiast przypadki, w których wysoka zawartość niweczników w normalnej surowicy może być wy-

kazaną, a które nie okazują żadnego odczynu — co do rokowania są niekorzystne w leczeniu kaseosanem.

Co do ilości ogólnej wstrzykniętego środka w wspomianych powyżej cierpieniach, ilość ta wynosiła od 4—6 cm^3 dla uzyskania wyleczenia.

Nie ulega wątpliwości, że spostrzeżenia Salomona i Voehla posunęły sprawę leczenia ciałami białkowemi naprzód, w kierunku ich dawkowania. Inaczej rzecz się ma z naszemi dotychczasowemi wiadomościami co do istoty działania tych ciał. Ze stanowiska położniczego najwięcej zajmuje nas pod tym względem sprawa gorączki połogowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. posocznicy, czyli bakterjemji (sepsis). Wbrew publikacjom niektórych autorów o korzystnem działaniu ciał białkowych, Schittenheim nie przypisuje temu leczeniu ważnej roli w przypadkach ostrej sepsis. Właśnie w przypadkach ciężkich nie spostrzegał nigdy dobrego wyniku i dlatego sądzi, że leczenie w nich jest bezskuteczne. Przekonał się, że właśnie w przypadkach ciężkich ilość niweczników we krwi nie odpowiada zupełnie mniej lub więcej pomyślnemu przebiegowi choroby, tak, że wzrost niweczników we krwi, nie może być uważany za dowód korzystnego działania środka pobudzającego. Objaw ten uważa Schittenheim jedynie za częściowy odczyn organizmu, który nie daje wcale obrazu ogólnej reakcji wszystkich komórek ustroju. Natomiast lżejsze przypadki zakażenia, a zwłaszcza o przebiegu przewlekłym, nadają się zdaniem jego do tego leczenia. Zdaniem Schittenheima odpowiedniemi bodźcami można korzystnie wpływać na zdolność oddziaływania organizmu i przez to wzmacniać leczenie swoiste. Celem leczenia według niego jest podniesienie odporności organizmu; winno ono zatem dążyć do wzmożenia zdolności odczynu poszczególnych komórek ustroju, aby czynności ich sprowadzić do normy.

Że różnice w działaniu różnych środków pod tym względem muszą istnieć, jest rzeczą zrozumiałą, gdyż wpływ ich w różnych kierunkach na komórki jest niejednakowy. Dlatego ten sam środek w jednej chorobie może działać skutecznie, a w innej zawodzić, jak również różnemi środkami możemy w tej samej chorobie uzyskać jednakowe działanie. To też Schittenheim przyszedł do przekonania, że w każdym poszczególnym przypadku należy stosować w różnych dawkach kolejno różne preparaty. Pod tym względem, zdaniem jego, nie można stawiać żadnych leczniczych reguł, gdyż rzecz cała wygląda tak, jak gdyby istniały wielkie różnice indywidualne, przyczem odgrywają prawdopodobnie pewną rolę i momenty etjologiczne, wpływające na różnorodność reakcji. Co do ilości stosowanego środka podnosi konieczność dawkowania go w każdym poszczególnym przypadku, a wysokość dawki zależy zdaniem jego od wrażliwości organizmu względnie jego komórek. W celu uniknięcia działania anafilaktycznego, uważa stosowanie wstrzykiwań śródmięśniowych za najodpowiedniejsze i zupełnie wystarczające.

Z doświadczeń własnych, opartych na materjale kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej, przytaczam poniżej wyniki, jakie spostrzegłem przy stosowaniu różnych środków w tym dziale medycyny.

Stosowaliśmy w przypadkach zakażeń połogowych od lat kilkunastu preparaty srebrowe, od roku zaś stosujemy białko i wreszcie terpentynę zwłaszcza w przypadkach przewlekłych cierpień narządu rodnego. Z preparatów srebrowych stosowaliśmy Collargol w lewatywach, jako 1%-wy rozczyn lub też śródmięśniowo 2 5%-owy rozczyn, Elektralgol zaś w ampułkach 5 cm^3 śródżylnie lub śródmięśniowo. Preparaty białkowe, jakoto: mleko, wyjałowione gotowaniem w ciągu 10 minut, wstrzykiwaliśmy śródmięśniowo w ilościach od 1—10 cm^3 z 4-dniowemi przerwami. Od 2 miesięcy mamy sposobność stosować kaseosan Lindiga tj. 5% rozczyn kazeiny, który podajemy śródmięśniowo lub też śródżylnie w ilościach od 0,25 do 1,5 cm^3. Stosujemy go, jak to Lindig radzi, serjami, licząc 3 wstrzyknięcia na serję, indywidualizując przytem wysokość dawki, zależnie od odczynu, jaki występuje po pierwszem wstrzyknięciu. Po 3 wstrzyknięciach, powtarzanych co 2-gi dzień, następuje 5-cio dniowa przerwa pomiędzy poszczególnemi serjami.

Terpentynę stosujemy co drugi dzień w ilości 1 cm^3 śródmięśniowo względnie podokostnowo jako 15%-towy rozczyn olejku terpentynowego.

Ze schorzeń narządu rodnego wybraliśmy do leczenia wspomnianemi preparatami następujące:

1) Zakażenie połogowe, względnie gorączkujące poronienia.

2) Przewlekłe sprawy zapalne tkanki przy, względnie okołomacicznej.

3) Guzy przydatków na tle zakaźnem o przebiegu ostrym, podostrym względnie przewlekłym.

I. Przypadków zakażeń połogowych mieliśmy 18, z czego 4 przypadki ciężkiej posocznicy, gdzie badanie krwi wykazało obecność paciorkowca hemolitycznego, 4 zaś o przebiegu przedłużającej się ropnicy, wreszcie 10 przypadków zakażeń lżejszego stopnia [1].

Collargol i Elektralgol stosowaliśmy w dwóch przypadkach ciężkiego zakażenia połogowego, w jednym przypadku ropnicy połogowej i w jednym przypadku lżejszego zakażenia. W tym ostatnim przypadku wstrzykiwaliśmy kolejno po elektrargolu mleko.

Na podstawie tych 4 przypadków nie możemy się jeszcze wypowiedzieć przeciwko stosowaniu tych preparatów, wyniki jednak zadowalające nie były, albowiem brak było zupełnie jakiegokolwiek odczynu ogólnego; przypadki te zakończyły się zejściem śmiertelnem. W dwóch dalszych przypadkach można było po wstrzyknięciu stwierdzić spadek ciepłoty, utrzymującej się dotychczas na wysokim poziomie, jednak nie można zaprzeczyć, czy i inne leczenie nie byłoby spowodowało spadku ciepłoty, jak to często widzimy w przypadkach ropnicy. Na podstawie zaś licznych przypadków z lat ubiegłych, w których stosowaliśmy przeważnie kollargol, możemy stwierdzić, że podobnie jak w opisanych przypadkach wynik leczenia tym środkiem był zupełnie ujemny.

Mleko stosowaliśmy w 7 przypadkach, w 2 przypadkach ciężkiego zakażenia, w 2 średnio-ciężkich i w 3-ech lekkiego stopnia. Tam, gdzie mieliśmy do czynienia z ciężką bakterjemją, preparaty białkowe okazały się bezskuteczne, pomimo energicznego ich stosowania. Wpływu na przebieg ciepłoty nie stwierdziliśmy, we krwi zaś brak było odczynu wskutek ogólnej leukopenji i zmniejszenia się ciałek białych obojętnochłonnych. Tłomaczymy to sobie wyczerpaniem się sił obronnych organizmu. I te 2 przypadki zakończyły się również śmiercią. Lepsze wyniki dało stosowanie mleka w przypadkach zakażenia lżejszego stopnia. W tych przypadkach odczyn ogólny był bardzo żywy, ciepłota poprzedzona gwałtownemi dreszczami w 4 godziny po wstrzyknięciu podnosiła się nieraz do 40·2°, leukocytoza zwiększała się w dwójnasób i utrzymywała się przez 9 godzin, jakościowo można było stwierdzić powiększenie się ciałek białych wielojądrzastych z ziarnistością obojętnochłonną z znacznem przesunięciem obrazu krwi na lewo według Arnetha. Wynik kliniczny zaznaczał się ograniczeniem się sprawy chorobowej pod postacią lekkich oporów w przymacicznach. Po każdorazowem wstrzyknięciu, które pociągało za sobą znaczne osłabienie ogólne, pojawiała się euforja, wzmożenie apetytu a przedewszystkiem ustawały napadowe bóle w podbrzuszu, które w tych przypadkach chorym bardzo dokuczają. Objaw ten, stwierdzony zresztą i przez wielu innych autorów, był tak uderzający, iż niejednokrotnie miało się wrażenie, jak gdyby injekcja mleka działała znieczulająco podobnie, do narkotyku, i chore często same prosiły o powtórzenie injekcji w mniemaniu, że wstrzykuje im się środek znieczulający. W przypadkach, w których po pierwszem wstrzyknięciu występował żywy odczyn pod postacią wysokiej ciepłoty i dresz-

[1]) Za przypadki ciężkie uważam posocznicę w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdzie stwierdzić można pojawienie się we krwi drobnoustrojów, bardzo często paciorkowca hemolitycznego, o typie ciepłoty stałej i bardzo ciężkim stanie ogólnym. Do średnio ciężkich zaliczam ropnicę połogową o ciepłocie przerywanej, gdzie w przerwach międzygorączkowych występuje euforja. W stanach przejściowych nierzadko pojawia się żółtaczka. Wreszcie do lekkich przypadków zakażeń połogowych zaliczyć należy cały szereg schorzeń, gdzie już a priori jest dążność do umiejscowienia się sprawy zapalnej.

czy, zaczynaliśmy leczenie nasze od 1 cm^3. Tam zaś, gdzie pomimo kilkakrotnego wstrzyknięcia mniejszych dawek brak było odczynu a badanie kliniczne nie wykazywało wybitnej poprawy, stosowaliśmy dawki duże w ilości od 7 do 10 cm^3.

Ogólnie powiedzieć można, że w przypadkach ropnicy działanie mleka zmieniało typ gorączki w tem znaczeniu, że występowały po każdorazowem wstrzyknięciu kilkudniowe przerwy bezgorączkowe, podczas których chore odzyskiwały przytomność. Po kilku dniach ciepłota znów wracała do dawnego typu i występowały dotychczasowe objawy ogólne. W jednym przypadku ropnicy połogowej z ciężką psychozą, mimo stosowania dużych dawek mleka, bo 10 cm^3 i to przez czas dłuższy, ani razu nie dało się stwierdzić nietylko odczynu we krwi lecz i wpływu na przebieg ciepłoty, dochodzącej do 40·1°, wobec czego zaniechano dalszych injekcyj mleka, a przy dalszem ogólnem leczeniu stan chorej uległ wreszcie zmianie na lepsze i chora ta po kilkunastu tygodniach wyzdrowiała.

Kaseosan wstrzykiwaliśmy w 6 przypadkach lekkiego zakażenia. W jednym przypadku, wykazującym liczne szare naloty w pochwie, a przebiegającym z wysoką ciepłotą *(intoxicatio putrida)*, można było stwierdzić po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 kaseosanu dożylnie bardzo wyraźny odczyn krwi, natomiast zupełny brak wpływu na przebieg ciepłoty i poprawę stanu ogólnego. W trzech dalszych przypadkach ciepłota trwale opadła, odczyn we krwi był również wyraźny, stan ogólny lepszy. W dwóch następnych przypadkach spadła ciepłota na drugi dzień po wstrzyknięciu i stan bezgorączkowy trwał aż do wyzdrowienia, a badanie krwi nie wykazywało typowego odczynu, jak w przypadkach poprzednich. W porównaniu wyników leczniczych, osiągniętych wyżej wspomnianemi preparatami, kaseosan nie okazuje się lepszym w działaniu. Co do odczynu miejscowego zauważyć jedynie można było, że podczas gdy po injekcjach mleka względnie preparatów srebrowych występowała wybitna bolesność w miejscu wstrzyknięcia, rozpromieniająca się ku odpowiedniej kończynie i utrzymująca się w ciągu kilku dni, to po wstrzyknięciu kaseosanu bolesność ta nigdy nie występowała. D. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 18.

W. Stepp. **Obecny stan wiedzy o witaminach. (I).**[1] »A« witamina, w tłuszczu rozpuszczalna, najprawdopodobniej należy do grupy ciał lipoidowych; napewne wiemy, że zawiera cholesterynę, jest, jak wiadomo, niezbędna dla rozwoju kośćca i utrzymania rogówki w prawidłowym stanie. Można przyjąć, że krzywica jest awitaminozą z powodu braku A., jak jednak wykazał Mellanby ma też poważne znaczenie czynnik domestykacji. Ciekawe jest, że podanie dużej ilości sernika pogarsza stan chorobowy, może drogą wiązania wapnia powstałego podczas spalania sernika kwasem fosforowym. Ciała z witaminą »A« zawierają wszystkie dużo wapnia, pozatem same wzmagają appozycję wapnia przez organizm. Hopkins zwraca wreszcie uwagę na to, że awitaminozy »A« odbijają się przedewszystkiem na tkankach, zaopatrywanych przez naczynia chłonne, tj. rogówce i chrząstce. Witamina »B«, w wodzie rozpuszczalna, w istocie swojej nie została dotąd wyjaśniona.

H. Strauss. **O etjologji cukrzycy.** Autor zapomocą ankiety w kołach lekarskich uzyskał pewne dane co do wpływu zranień, chorób zakaźnych i wstrząsów na powstawanie cukrzycy w czasie wojny; dochodzi do wniosku, że zewnętrzne czynniki nie mogą wprawdzie spowodować cukrzycy, mogą jednak działać jako czynnik prowadzący do wybuchu cierpienia. Można do takich czynników zaliczyć uszkodzenia urazowe całego ciała, głównie układu nerwowego w pewnych miejscach, choroby zakaźne, w tem 70% zakaźne schorzenia jelit, wpływające może na czynności trzustki i wątroby. Ogólne wstrząsy powodowały stosunkowo rzadko wybuch choroby. Leczenie naogół dało wyniki pomyślne może z powodu rychłego rozpoznania i leczenia; komplikacji chirurgicznych widziało się mniej, niż w czasach pokojowych, należy to tłumaczyć młodym wiekiem chorych, w którym zgorzele itp. przypadłości występują rzadziej.

Van der Reis. **Metodyka rurek jelitowych. Badania okrężnicy.** Autor zgłębnikiem wprowadza do okrężnicy metalową rurkę, którą w dowolnem miejscu można napełnić treścią, zamknąć i wyprowadzić. Opis szczegółowy metody.

A. Mahnert i R. Lundwall. **Dalsze badania nad sprawnością naczyń u kobiet ciężarnych sposobem Morawitza i Denekego.**

F. Schilling i M. Göbel. **Rozpoznanie ciąży zapomocą florydzyny.** Potwierdzenie spostrzeżeń Kamnitzera, że po wstrzyknięciu 0.002 florydzyny następuje zawsze u ciężarnych cukromocz.

H. Meyer-Estorf. **Wartość leukopenji trawiennej (Crise hemoclasique Widal) dla badania sprawności wątroby i stosunek tego objawu do »zielonego odczynu aldehydowego« w moczu.** Próba Widala jest niezawodną i bardzo delikatną próbą sprawności wątroby. Ujemne wyniki w ostrym żółtym zaniku wątroby można tłumaczyć tem, że produkty odbudowy białka z powodu autolizy wątroby stale wchodzące w krew powodują stały wstrząs hemoklasyczny i stały brak krwinek białych. Ciekawe jest w przypadkach niedomogi wątroby zielone zabarwienie moczu po zadaniu go aldehydem dwumetylaminobędźwinowym. Odczyn ten dotychczas był nieznany, Eppinger tylko stwierdził, że bilirubina w moczu barwi się czasem na zielono po zadaniu odczynnikiem Ehrlicha. Co do istoty odczynu nie można jeszcze wydać pewnego sądu, chociaż autor zbadał już liczne okoliczności, wśród których odczyn powstaje i znika. Być może, że odczyn daje ciało zbliżone do indykanu.

R. Traugott. **Zachowanie się poziomu cukru we krwi przy doustnem podaniu cukru gronowego: znaczenie tego odczynu dla oznaczenia sprawności wątroby.** Bang stwierdził, że wygłodzone króliki okazują wyższy stopień przecukrzenia krwi po doustnem podaniu cukru, niż zwierzęta normalnie żywione. Autorowi udało się na sobie i innych zdrowych ludziach ustalić typową krzywą stopnia przecukrzenia krwi po podaniu kilku po sobie następujących dawek cukru na czczo, po kilku dniach głodowych. Okazało się, że ucukrzenie krwi wzrasta czterokrotnie po pierwszej dawce i wkrótce spada do stanu prawidłowego, po następnych dawkach poziom cukru nie zmienia się. Można w ten sposób wykazać prawidłową czynność wątroby w przemianie węglowodanowej; u chorego bowiem z cukrzycą i po następnej dawce przecukrzenia we krwi podnosił się znacznie. 2 chorzy z t. zw. *diabetes innocuus* zachowywali się, jak ludzie zdrowi. Spostrzeżenia te uzupełniają zgodne wyniki prób oddechowych Johannsena i Benedicta. J. znalazł zmniejszenie się ilorazu oddechowego u ludzi, którym po znacznej głodówce podano cukier, i wzrost ilorazu po lewulozie większy, niż po glukozie, odpowiednio do tego znalazł autor u zdrowych wygłodzonych po lewulozie niższy poziom przecukrzenia, niż po glukozie; ludzie zaś z chorą wątrobą wykazywali tak samo niższy poziom przecukrzenia po lewulozie. Tam więc, gdzie iloraz się zwiększa, poziom przecukrzenia spada i odwrotnie. Wolno z tego wnioskować, że u zdrowych pierwsze podanie glukozy, działa na komórkę wątrobową w kierunku lepszej przeróbki późniejszej podanego cukru, a przy lewulozie stan się daje osiągnąć jeszcze łatwiej. Zjawisko to podobne jak przy pozajelitowem wprowadzeniu obcych ciał, kiedy to wstrzyknięcie obcego białka wywołuje odbudowę większej ilości własnego białka niż przedtem. Możnaby za Ehrlichem przypuszczać równoległość między zjawiskami przeróbki pokarmów w komórkach a odporności. *Ziemilski* (Lwów).

Münchener medizinische Wochenschrift.

Nr. 18.

Aschoff. **O pojęciu i teorjach zapalenia.** Autor zwraca uwagę, że obecna walka o pojęcie zapalenia dałaby się unik-

[1] Szczegółowo omówił przedmiot Parnas w Nr. 1—9 Polskiego Czasopisma Lekarskiego. (Podamy tu tylko najważniejsze nowe stwierdzenia. Przyp. ref.)

nąć, a przynajmniej sprowadzić do właściwych granic, gdyby ustalono, co właściwie dany autor rozumie pod zapaleniem; dotychczas bowiem najważniejszą przyczyną zaciętej walki jest ujmowanie zapalenia przez każdego z teoretyków z innego punktu widzenia. Przechodząc następnie do rozpatrywania zapatrywań poszczególnych uczonych, dochodzi do wniosku, że w zasadzie wszyscy zgadzają się ze sobą, a cała walka ogranicza się do czystej dyskusji o słowa, *„une querelle d'All mand"*. Na zapalenie zapatrywać się można z punktu widzenia morfologicznego, etiologicznego i funkcjonalnego. Punkt widzenia czysto morfologiczny jest dla medycyny bez znaczenia, gdyż nie określa nam zapalenia w stosunku do całego organizmu, a ujmuje je tylko, jako definicję zmian morfologicznych bez uwzględnienia fizjologicznych właściwości, jak zmiany w krążeniu, przemiany w tkankach itd. Etjologicznie rozróżniać możemy sprawy zapalne infekcyjno-toksyczne, urazowe (destruktywne) i sprawy zapalne, wywołane przez zwykłe czynniki etjologiczne, powodujące ubytek (defektywne). Rozpatrując odczyn zapalny w stosunku do organizmu, a więc tak różnice w przebiegu, jak i ostateczny wynik tychże, t. zn. pod względem funkcjonalnym, podzielić możemy zapalenia na obronne (oczyszczające) przy infekcyjno-toksycznych czynnikach etjologicznych, na reparatywne i regeneratywne, jeśli wywołane zostały przez urazy czy spowodowane ubytkiem. Dopiero po ustaleniu definicji zapalenia powinny teorje zapalenia wyjaśnić, w jaki sposób sprawy zapalne do skutku przychodzą.

Dorner. **Cholesterynurja i indigourja.**

Saathoff. **Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego a choroby wątroby.** Przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego z przejściem sprawy zapalnej na wątrobę, który jednakże nie okazywał charakterystycznych objawów ze strony wyrostka robaczkowego. Klinicznie stwierdzić można było jedynie przejściowe okresy zapadu z wysoką, szybko ustępującą gorączką, bolesnością w okolicy woreczka żółciowego, powiększoną wątrobą i śledzioną, nigdy nie stwierdzono żółtaczki. Autor poddał chorego operacji, gdyż uderzyło go podobieństwo z przypadkami opisanemi przez Lunckenbeina. Operacja wykazała: wyrostek robaczkowy bardzo wielki, obrzmiały i w odległości jednej trzeciej od końca zwężony, u nasady lekkie zrosty. Od kreseczki do krezki okrężnicy 5 miękkich, powiększonych gruczołów wielkości orzecha laskowego. Wątroba powiększona, lecz bez żadnych dalszych zmian. Po operacji chory przyszedł wkrótce zupełnie do sił.

Zieler i Birnbaum. **Doświadczenia z »Yatrenem« przy specjalnem uwzględnieniu dwóch przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby po śródżylnem zastrzyknięciu.**

Breuer. **Przypadek podostrego żółtego zaniku wątroby z niedrożnością jelit.**

Winkler. **Piętnaście lat trwająca nierozpoznana kiła płuc.**

Krömeke. **Dwukrotna neurorecydywa po mieszanem leczeniu kiły pierwotnej z ujemnym odczynem surowiczym.** Przypadek kiły pierwotnej, leczonej w pięć tygodni po zakażeniu przy już powiększonych gruczołach, sposobem poronnym, a w którym w następstwie przyszło do dwukrotnej neurorecydywy.

Esser. **»Płaty tętnicowe« i »wkładki nabłonkowe«.** Przyczynek do chirurgji transplantacyjnej.

Bohnhoff. **Wyniki i doświadczenia przy zastosowaniu bezpośredniego przetoczenia krwi sposobem Oehlekera.** W 50 przypadkach stosował autor metodę Oehlekera przetoczenia krwi, przy czem nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. W przypadkach posocznicy nie uzyskał żadnego polepszenia, przy niedokrwistości złośliwej wybitne polepszenie, jednakże bez trwałego uleczenia, także przy wtórnej niedokrwistości (Ca), najlepsze wyniki dały przypadki ostrej niedokrewności wskutek utraty krwi.

Ritter. **Leczenie ran jamy ustnej neosalwarsanem.** (Przyczynek do uszkodzeń przy sporcie narciarskim; nabicie się przez jamę ustną). Przypadek nadziania się na kij narciarski przez jamę ustną z następowem rozprzestrzeniającem się zakażeniem, które powstrzymano przez zastrzyknięcia neosalwarsanu, tak że rana zagoiła się dość szybko i bez żadnych zmian następowych.

Hegewald. **Pewne rozpoznanie oddzielenia łożyska po pępowinie.** Przy ucisku na dno macicy wzmaga się napięcie w odkleszczonej pępowinie, o ile łożysko nie oddzieliło się jeszcze; brak tego zjawiska jest dowodem oddzielenia się łożyska.

Weskott. **Leczenie przewlekłych cierpień stawów za pomocą emulsji siarki w oliwie.** Siarka wywołuje przy pozaotrzewnowem podaniu w emulsji 1% w dawkach 2—10 ccm tak silne objawy miejscowe i ogólne, że nie nadaje się do użycia w praktyce, również i mniejsze dawki 0,3—1 ccm nie uwalniają od wysoce niemiłych objawów ubocznych, przyczem wyniki lecznicze nie są pewne. *B. Piechowski* (Lwów).

Higjena, bakterjologja i odporność.

Annales de l'Institut Pasteur.

Nr. 2. 1921.

E. Wollman. **Muchy, jako roznosicielki zarazków.** Temat powyższy zajmował już bardzo wielu badaczów i w tym kierunku robiono liczne doświadczenia, przyczem znaczna większość autorów doszła do wniosków następujących: 1) dojrzałe muchy mogą przenosić w swym kanale pokarmowym zarazki chorobotwórcze, takie jak duru, cholery, czerwonki w stanie niezmienionym; 2) z jaj, które muchy składają w jesieni w miejscach zakażonych, np. na kale chorych, mogą na wiosnę wykluwać się czerwie, a z tych powstawać muchy, zawierające w kanale pokarmowym te same zarazki chorobotwórcze w stanie żywym i zjadliwym. Temu ostatniemu twierdzeniu autor zaprzecza i jest zdania, że w czasie odbywającej się przemiany zakażonego czerwia w muchę zarazki nie mogą przejść do kanału pokarmowego muchy i że błąd odnośnych doświadczeń polegał na tem, że nie były zastosowane odpowiednie środki w celu uchronienia świeżo powstałej muchy od natychmiastowego zakażenia się z otoczenia. Ażeby tego uniknąć autor wykonał szereg doświadczeń, stosując technikę następującą. Zbiorowiska jaj zwykłej muchy domowej rozdzielał na kawałku waty, którą następnie zwijał i zanurzał w roztworze sublimatu $^1/_{2000}$ na 5 minut. Po przemyciu wodą wyjałowioną watę rozkładał w jałowej płytce Petriego i stąd przenosił jaja po kilka, lub po jednym do probówek, zawierających odpowiednie jałowe pożywienie. Po wykłuciu się czerwi i po sprawdzeniu ich jałowości autor dolewał do tych samych probówek zawiesiny różnych bakteryj w stanie żywotnym (laseczniki durowe, czerwonkowe i grużlicze). Po przemianie czerwi w poczwarki autor odkażał je w sublimacie i następnie badał bakterjologicznie zawartość kanału pokarmowego owadów, powstałych z tych poczwarek, jak również i zawartość tych poczwarek, które nie uległy przeobrażeniu. Doświadczenia te wykazały, że wyszczególnione zarazki chorobotwórcze nie przedostają się w czasie przeobrażenia z wnętrza poczwarek do kanału pokarmowego dojrzałej muchy, który zawsze okazywał się zupełnie jałowym. Wszystkie zaś poczwarki, z których nie powstały muchy, zawierały wewnątrz olbrzymią ilość żywotnych zarazków, co dowodzi, że rzeczywiście sam proces przeobrażenia zabezpiecza muchę od zarażenia się drobnoustrojami, zawartemi wewnątrz poczwarki. Prócz tych doświadczeń autor przerobił jeszcze następujące: muchy jałowo wyhodowane sadzał na materjale zakażonym określonym gatunkiem bakteryj (dur lub czerwonka) i następnie badał bakterjologicznie ich wydaliny przez częste przenoszenie much z jednej pożywki agarowej na drugą. Przytem okazało się, że wydaliny tych much zawierają w wielkiej ilości owe bakterje w stanie żywotnym i zjadliwym, ale nie dłużej, jak 10 dni. W przeciągu 8—10 dni kanał pokarmowy tych much oczyszczał się, jak sądzi autor, wprost drogą mechaniczną. Ostatnia serja doświadczeń, przeprowadzona w formie bardzo dokładnej (pierwotna jałowość much) potwierdza dawniejsze badania tego typu i określa czas, w ciągu którego muchy mogą być przenosicielami zarazków. Czas ten (10 dni) należy uważać za maksymalny, gdyż w warunkach doświadczeń zarazki chorobotwórcze wolne były od konkurencji b. licznej flory obojętnej, którą zwykle zawiera kanał pokarmowy much.

Fizjologja.

Z. 8. 1921.

Gratia. **Badania nad działaniem środków przeciwdziała-**

jących krzepnięciu krwi. Autor przeprowadził szczegółową analizę przeciwkrzepliwego działania peptonu i hirudyny (wyciągu z pijawek) we krwi. Za punkt wyjścia przyjął teorję Bordet i Delange, do pewnego stopnia opartą na klasycznej teorji Schmidt'a. Według Bordet i Delange w osoczu krwi znajduje się zaczyn serozyma w stanie nieczynnym (proserozyma), zaś w składnikach upostaciowanych krwi tkwi lipoid cytozyma. Przy zetknięciu z ciałem obcem cytozyma uwalnia się i przerabia proserozymę w czynną serozymę, która w obecności soli Ca przechodzi w trombinę, a ta z kolei strąca fibrynogen, tworząc fibrynę. Wprowadzenie do krwiobiegu peptonu powoduje pojawienie się antytrombiny, wydzielanej przez wątrobę, wskutek czego krew traci swe własności ścinania się. Natura chemiczna tej antytrombiny jest nieznana; wytrzymuje ona ogrzewanie do 60° C. i nie dializuje przez błony zwierzęce. In vitro pepton zupełnie nie zapobiega ścinaniu się, przeciwnie przyśpiesza je, co przypisać należy obecności lipoidów (cytozymy), które pochodzą z tkanek użytych do wyrobu peptonu. Pojawianie się *in vivo* antytrombiny uważać można niejako za odczyn organizmu przeciwko tym własnościom ścinającym cytozymy peptonowej. Czem więcej peptonu wprowadzimy do osocza krwi w ustroju, tem więcej wytworzymy w nim antytrombiny. Jeżeli do takiego niekrzepnącego osocza peptonowego dodamy *in vitro* gotowej trombiny, osocze takie skrzepnie. To rozumie się samo przez się. Również, jeżeli dodamy istoty trombinorodnej, np. tego samego peptonu, wynik będziemy mieli ten sam. Pozatem jednak mamy cały szereg związków chemicznych, które nie są ani trombiną, ani trombinogenem, a jednak osocze peptonowe ścina się w ich obecności. Do takich związków należą w pierwszym rzędzie woda destylowana, niektóre sole, CO_2 i lipoidy. Nadano im nazwę ogólną istot tromboplastycznych, jednak dokładniejsze badania wykazują, że działanie ich jest różne, a mianowicie: CO_2 działa ścinająco tylko na osocze peptonowe niezmienione, a więc prawdopodobnie znosząc działanie antytrombiny, podczas gdy woda przekroplona i sole powodują ścinanie się także innych osoczy utrzymanych w stanie płynnym, ale nie zawierających antytrombiny, a więc sprzyjają one samemu procesowi krzepnięcia. Wreszcie lipoidy powodują ścinanie się osocza peptonowego i innych nawet pozbawionych cytozymu drogą sączkowania przez świecę Berkefelda. Doświadczenia te potwierdzają w zupełności teorję Bordet-Gengou o tem, że obecność cytozymu (lipoid) jest niezbędną w procesie krzepnięcia osocza. Dodać tu jeszcze należy, że do wywołania ścinania się potrzebna jest pewna określona ilość lipoidów, w obecności zaś wody przekroplonej, lub soli obojętnych wystarcza mniej lipoidów, ażeby nastąpiło ścinanie się.

Hirudyna jest również ciałem niedializującem i wytrzymałem na ogrzewanie do 60° C. 1 mg na 7 g. osocza wystarcza do zapobieżenia ścinaniu się. Nadmiar trombiny, lub cytozymu (lipoidów) wywołuje znów ścinanie się, natomiast woda przekroplona, roztwory soli i CO_2 nie działają tu zupełnie. Różnowartościowość więc działania tych dwóch grup istot tromboplastycznych, lipoidów z jednej strony, a wody przekroplonej i roztworów soli z drugiej — występuje tu jaskrawo. Wykonawszy szereg precyzyjnych ilościowych określeń autorowi udało się wykazać, że jeżeli dla zobojętnienia pewnej ilości trombiny wystarcza ilość hirudyny, którą oznaczymy przez X, to dla przeszkodzenia reakcji serozymowo-cytozymowej, którąby dała tąsamą ilość trombiny, wystarczy X/4 hirudyny, a dla przeszkodzenia odczynowi proserozymowo-serozymowemu (odpowiedniemu ilościowo) wystarczy X/80 hirudyny. Dalej okazało się, że trombina wraz z antytrombiną tworzą trwałe kompleksy, nieznoszące tylko ogrzewania do 60° C.; w tej ciepłocie antytrombina staje się znów wolną.

Jakie działanie wykaże trombina, jeżeli ją zmieszamy jednocześnie z odpowiednią ilością fibrynogenu i antytrombiny? Badania Gratia wykazały, że jeżeli zmieszamy te 3 ciała jednocześnie nastąpi, częściowe połączenie trombiny zarówno z antytrombiną, jak i fibrynogenem i co za tem idzie częściowe ścinanie się. Jeżeli jednak poprzednio nastąpi połączenie trombiny z fibrynogenem, to następne dodanie antytrombiny nie rozluźni już tego związku i tak samo odwrotnie, jeżeli do gotowego kompleksu trombina + antytrombina dodamy fibrynogenu, ścinanie się nie nastąpi. To zjawisko jest jak najbardziej identyczne ze stosunkiem, jaki zachodzi między komórką bakteryjną, antygenem i przeciwciałem. I co jest najciekawsze, że analogja ta występuje tu bardzo wybitnie przy działaniu wody przekroplonej, lub roztworów soli na te związki. Mianowicie przy jednoczesnem połączeniu wszystkich trzech składników następuje walka między antytrombiną lub niwecznikiem z jednej strony i fibrynogenem lub antygenem z drugiej strony o posiadanie trombiny lub komórki.

Wynik tej walki jest zwykle częściowy, komórka lub trombina dzieli swe powinowactwo między obie walczące strony w pewnym niestałym stosunku, który uzależniony jest od środowiska, w którem się walka odbywa. Obecność i stężenie soli w tem środowisku odgrywa tu pierwszorzędną rolę i może przechylać szalę na jedną, lub drugą stronę.

Świątopełk-Zawadzki. (Warszawa).

Laryngologja.

Acta Oto-Laryngologica.
T. I.

A. de Klejn i W. Storm van Leeuwen. **O zaburzeniach w przemianie materji purynowej w dychawicy oskrzelowej i naczynioruchowym nieżycie nosa.** Posthumus Meyer spostrzegł, że mocz niektórych chorych, dotkniętych naczynioruchowym katarem nosa, zawiera zwiększoną ilość kwasów. Po zastosowaniu odpowiedniej djety katar ustępował i jednocześnie zmniejszała się ilość kwasów w moczu.

De Klejn, który stwierdził to samo na swoich chorych, przeprowadził szereg badań nad przemianą materji purynowej u chorych, cierpiących na dychawicę oskrzelową. W ciągu kilku dni badani otrzymywali djetę, zawierającą możliwie mało ciał purynowych, następnie w ciągu jednego dnia dostawali pożywienie bogate w ciała purynowe i znowu w ciągu kilku dni następnych bezpurynowe. W pierwszym dniu badania chorzy otrzymywali pożywienia *ad libitum*, ale też i w dni następne musieli zjadać i wypijać tyleż, co i dnia pierwszego. Chorzy w celu ujednostajnienia trybu życia codziennego w ciągu całego czasu badania byli w sanatorjum. W moczu określano codziennie ilość dobową i ciężar właściwy, ilość azotu, kreatyniny, kwasu moczowego oraz chlorku sodowego.

Na podstawie swych spostrzeżeń autorowie dzielą chorych na dwie kategorje: I. gdy nadmiar kwasu moczowego wydzielał się w ciągu 3—4 dni, a więc dłużej niż u ludzi zdrowych, i gdy w ciągu pierwszych dni nie dało się zauważyć wydzielania tego nadmiaru; w ostatnim przypadku jest pewna analogja z chorymi na dnę. II. U drugiej kategorji chorych po jednodniowem podaniu pokarmu bogatego w purynę a po uprzednim głodzie purynowym, nadmiar kwasu moczowego wydzielał się znacznie powolniej, niż u ludzi zdrowych. Jeżeli dotąd nie jest ustalone, czy w dnie mamy do czynienia ze zjawiskiem zmniejszania się ilości kwasów, czy też częściowego zatrzymania w ustroju, to w przypadkach autorów stwierdzone zostało takie zatrzymanie z całą pewnością. Ściślejszego związku pomiędzy wydzielaniem się kwasów a nasilaniami i częstością napadów dychawicznych stwierdzić się nie dało. Autorowie zachęcają do badań w tym kierunku na materjale liczniejszym, proponując takież badania i u chorych z gorączką sienną.

Badania nad wydzielaniem kreatyniny, azotu oraz soli kuchennej nie wykazały nic szczególnego. Ciekawe atoli jest spostrzeżenie, że gdy na chorych z dychawicą pozbawiona ciał purynowych djeta nie wywierała prawie żadnego wpływu na napady dychawicy, to djetę tę z wielkiem powodzeniem stosowano u chorych z katarem nosa naczynioruchowym *(rhinitis vasomotoria).* W końcu swego tymczasowego doniesienia autorowie podają fakt stwierdzenia w rodzinie wszystkich 12 badanych chorych zaburzeń w przemianie materji, najczęściej dny.

St. Tuz (Warszawa).

S. V. Bornes. **Przyczynek do »pomyślnego obrazu« (*„tableau benin"*) płynu mózgowo-rdzeniowego w powikłaniach wewnątrzmózgowych pochodzenia usznego.** Płyn mózgowo-rdze-

niowy jest wiernym wskaźnikiem w przebiegu powikłań wewnątrzmózgowych pochodzenia usznego. Jeśli u chorych z zapaleniem ucha środkowego występują objawy zaburzeń mózgowych, a otrzymany płyn jest jasny, jałowy, o normalnej ilości składników morfotycznych, dowodzi to, że nie mamy tu do czynienia z rozlanem zapaleniem opon miękkich, jeżeli zaś płyn jest mętny, zawiera leukocyty, a nawet drobnoustroje, dowodzi to nam niezbicie obecności ciężkiego powikłania.

Jeśli w przebiegu sprawy chorobowej płyn wykazuje coraz mniejsze zmętnienie, zawiera mniej elementów morfotycznych i drobnoustrojów (t. zw. pomyślny obraz płynu), pozwala nam to stawiać jak najlepsze rokowanie. W ostatnich czasach jednak uwagę zwróciły takie przypadki, w których pomimo pomyślnego, a nawet coraz pomyślniejszego obrazu płynu, przebieg kliniczny sprawy ciągle się pogarsza i kończy się zejściem śmiertelnem. Bliższe badanie tych spraw wykazało, że nie chodzi tu o zwykłe zapalenie opon mózgowych, że jest ono tu sprawą wtórną, powikłaniem tylko innej, pierwotnej sprawy, a tą jest zwykle ropień mózgowy lub podoponowy, zapalenie mózgu itp. Zgodnie z obrazem płynu przebieg zapalenia opon nie jest ciężki, burzliwe objawy kliniczne są wywołane przez sprawę pierwotną, jak np. ropień i to właśnie prowadzi do śmiertelnego zejścia.

Owa rozbieżność między obrazem płynu a kliniką ma ważne znaczenie rozpoznawcze, gdyż świadczy o tem, że mamy do czynienia z jakąś inną, pierwotną sprawą, której powikłaniem tylko jest zapalenie opon. Fakt ten ma również duże znaczenie lecznicze, gdyż świadczy o lekkiem natężeniu sprawy oponowej, o jej zależności od pierwotnego ogniska, o istnieniu tego ogniska i o możności usunięcia go na drodze chirurgicznej, co znów prowadzi do wygaśnięcia sprawy wtórnej.

Lewenfisz (Warszawa).

Otorinolaryngologja.

The Lancet.
8. X. 1921.

W. G. Howarth. **Śluzowiaki i ropniaki** *(mucocele et pyocele)* **dodatkowych zatok nosowych.** Śluzowiak powstaje pod wpływem gromadzenia się i zalegania wydzieliny śluzowej w odnośnych jamach przy utrudnionym odpływie; towarzyszy temu ścieńczenie ściany zatoki. Sprawa ta może się rozwinąć w każdej zatoce, najczęściej jednak ma miejsce w czołowej i sitowej. W tych razach uwydatnia się guz w oczodole po stronie górnodośrodkowej. W ślad zatem idzie przemieszczenie gałki ocznej ku dołowi i nazewnątrz z towarzyszącem dwojeniem, przyczem obrazy układają się jeden nad drugim. Obraz podobny bywa nieraz mylnie rozpoznawany jako schorzenie narządu łzowego. Punktem wyjścia sprawy bywa czasami przewlekły nieżyt (Turner), czasami uraz, jak to uwidocznia autor na kilku własnych spostrzeżeniach. Bądź co bądź samo zapalenie lub uraz nie są wystarczające; podstawową rolę muszą odgrywać pewne indywidualne właściwości anatomiczne. Nieraz nowotwór kostny zasłania wylot zatoki. Objawy przeważnie są bardzo nikłe, a nawet zwodnicze; nieraz dwojenie lub łzawienie z oka górują nad całością obrazu. Zdarzają się bóle głowy, zależne od zniesienia tylnej ściany zatoki czołowej i ucisku śluzowiaka na mózg. Przy różniczkowaniu choroby należy mieć na względzie możliwość torbieli skórzastych, nowotworów złośliwych lub łagodnych, wreszcie przepuklin oponowych *(meningocele)*. Co się tyczy umiejscowienia sprawy, to z 15 przypadków autora 10 dotyczyło zatok czołowych, 3 sitowych i 2 czołowych łącznie z sitowemi. Zawartość guzów bywa przeważnie galaretowata, żółta, czasem opalizująca; w razie zakażenia przeistacza się w gęstą żółtą ropę. Operacja polega na szerokiem otworzeniu jamy śluzowiaka i zniesieniu takiej ilości ściany, by się dało otrzymać szerokie połączenie z kanałami nosowemi; sączek gumowy wprowadzony przez nos zabezpiecza odpływ należyty. Błony śluzowej, wyściełającej śluzowiak, usuwać nie należy. Obnażenie opon mózgowych nie grozi niebezpieczeństwem, gdyż już uprzednio są one należycie zgrubiałe.

E. Lewenstern (Warszawa).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 5: E. Piasecki: Trzy pierwsze kursy instruktorskie. — S. Składkowski: Prawo rozwoju wojskowej służby zdrowia — H. Mierzecki: Choroby weneryczne a armja. — B Frenkel i J. Leyberg: Przypadek ostrego zapalenia opon u syfilityka z lewostronnym pourazowym niedowładem, leczonego metodą Gennericha. — I. Abramowicz: Z kazuistyki sztucznych nieżytów spojówki. — E. Lewenstern: Przypadek ciężkiego zwężenia odźwiernika po otruciu kwasem solnym. Nr. 6.: Urbanowicz: Badanie inteligencji w wojsku.— L. Karwacki i Z. Krakowska: O odczynie Wassermanna w przebiegu zimnicy. — I. Zieliński: Zaprowiantowanie chorych w szpitalach wojskowych. — M. Biehler: Leczenie surowicą czerwonki u dzieci. — B. Luda: Siostra pielęgniarka.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie. Tom: I. zesz. 2: S. Popławski: Juljusz Mutermilch (wspomnienie pozgonne). — K Szwarcenberg: O przygotowaniu oka do operacji wewnątrzgałkowej. — M. Lubelski: W sprawie techniki operacyjnej brzusznych przetok kałowych. — S. Goldflam: O skurczu paradoksalnym. — E. Gliksman: Sprawa znieczulenia do operacji w praktyce szpitali amerykańskich. — J. Rotstadt: O ciemni przenośnej.

Ginekologja polska T. I. zesz. I.: Słowo wstępne. — Z. Monsiorski: O zarośnięciach macicy. — A. Czyżewicz: W sprawie powstawania otorbionych krwiaków wśródotrzewnowych i krwiaków pozaotrzewnowych w przebiegu ciąży jajowodowej. — H. Gromadzki: O pęknięciach macicy w ciąży. — H. Wojciechowski: O stosowaniu terpentyny w sprawach zapalnych przydatków. — Adres administracji Warszawa ul. Senatorska 24.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe w dniu 22. lutego 1922.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków.

1. Kol. Strzemieński omawia powtórnie, podnoszoną już na poprzedniem posiedzeniu sprawę wynagrodzenia lekarzy przez rząd za pomoc udzielaną urzędnikom państwowym. W swem przemówieniu zaznacza prelegent, iż rząd, uwzględniając położenie urzędników, pragnie im dać pomoc lekarską, i nie porozumiawszy się z żadną organizacją lekarską szuka lekarzy, którzyby bezinteresownie nieomal oddawali towarzystwu krajowemu urzędników swoje usługi. kol. Wojciechowski wnosi wobec tego, aby kol. Strzemieńskiemu z pełnem zaufaniem powierzyć obronę stanu lekarskiego. Wniosek powyższy przyjęto jednogłośnie, a kol. Strzemieński przyjmuje powyższy mandat z zastrzeżeniem, iż nie należy przyjmować proponowanych przez rząd posad, póki kwestja sporna nie zostanie rozstrzygnięta.

2. Następnie kol. Wojciechowski odczytuje pismo Akademji Umiejętności w Krakowie w sprawie **nagrody za najlepszą pracę** medyczną — zaznaczając, iż komitet przyznający tę nagrodę składać się będzie z członków Akademji, delegatów Wydziału lekarskiego i delegatów Towarzystwa lekarskiego.

3. Potem przystąpiono do **dyskusji** nad omawianą na poprzedniem zebraniu **odmą piersiową** i pokazem kol. Eisenberga.

W dyskusji nad pokazem kol. Eisenberga kol. Latkowski podaje, że w r. 1915 spostrzegł w szpitalu załogowym przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych u chorego F. H. 40-letniego, u którego w ciągu 1 tygodnia choroby wystąpiły objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, zawierający 70% neutrofilów, z którego wyhodowano laseczniki durowe; badanie zaś sekcyjne wykazało ropne zapalenie opon mózgowych. Z ropy i ze śledziony wyhodował prątki durowe. Przypadek ten, jak i inne znane z piśmiennictwa, dowodzą, że brak widocznego odczynu ze strony układu chłonnego może być jedną z przyczyn zmniejszonej odporności przy *meningitis typhosa*, która tak, jak w przypadku kol. *Eisenberga*, kończy się śmiercią. Przypadek zaś zapalenia przedstawiony przez kol. Lewkowicza, jeżeli jest rzeczywiście oparty na laseczniku durowym, należy do unikatów samoleczenia.

W dyskusji nad odczytem kol. Raczyńskiego a odmie piersiowej, kol. Latkowski zwraca uwagę, że kol. Raczyński pominął piśmiennictwo polskie, podczas gdy już w r. 1912 w Przeglądzie lekarskim wyszła praca Sterlinga, zaś prof. Gluziński we Lwowie i Dr. Dębiński w Warszawie ogłosili odczyty o sztucznej odmie piersiowej. Na zjeździe internistów we Lwowie w 1914 r. referat główny o sztucznej odmie piersiowej wygłosili dr. Sterling i dr. Dłuski. Odmę stosuje się na oddziale chorób wewnętrznych I. A w szpitalu św. Łazarza. Lecz nie każda postać i nie każdy okres gruźlicy płuc nadaje się do stosowania sztucznej odmy piersiowej. W początkowych okresach nie ma wskazania, a większość autorów stosuje ją po wyczerpaniu innych sposobów leczenia. Głównem polem stosowania będzie zawsze gruźlica jednostronna. Zabieg ten wymaga odpowiednich urządzeń, a więc odpowiedniego zakładu i dobrego aparatu ront-

genowskiego — nie wszędzie więc da się przeprowadzić. 24 pomyślnych wyników kol. Raczyńskiego należy zaliczyć do szczęśliwego zbiegu okoliczności, a o wyniku stałym w materjale kol. Raczyńskiego nie może być mowy, gdyż najdłuższy czas spostrzegania wynosił 14 miesięcy.

Kol. Orłowski dodaje: Zagadnienie leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową jest tak rozległe, że ująć je w debatach nad odczytem niema możności, trudno też poruszać w nieobecności prelegenta te tezy, co do których nie można się z nim zgodzić. Przyłączając się więc do zastrzeżeń i poprawek, poczynionych już przez kol. Wierzuchowskiego, ogranicza się tylko do zaznaczenia, że samo zakładanie odmy, zwłaszcza po raz pierwszy, wymaga większej ostrożności, niż to zaleca prelegent. Przedewszystkiem należy je przeprowadzać w warunkach, wykluczających podniecenie chorego, i pozostawić chorego po założeniu odmy przez pewien czas w zupełnym spokoju, a to w celu uniknięcia niebezpiecznych powikłań, powstających np., wskutek rozerwania się obfitujących nieraz w szerokie naczynia żylne opłucnych wstęg taśmowych z następowym zatorem gazowym itd. Podobne powikłania zdarzają się i przy zachowaniu wszelkich ostrożności, jak to było w jednym z moich przypadków z zatorem gazowym; przy niezachowaniu ostrożności występować mogą one częściej.

Co do danych historycznych, to myśl o leczniczem działaniu odmy opłucnej powstała pierwotnie u Carsona w trzecim dziesiątku 19 stulecia; następnie Ramadge, opierając się na 2 spostrzeżeniach, wygłosił zdanie, że wszelki zabieg, prowadzący do zapadnięcia się ścian jamy płucnej, przedstawia zabieg leczniczy par excellence; a w r. 1881 Hérard na zjeździe w Algerji podał, że odma opłucna w 1 i 2 okresie gruźlicy zatrzymuje jej rozwój, a w 3-im, zbliżając ściany jam płucnych, doprowadza do ich zabliźnienia. Wszystkie te głosy pozostały bez należytego oddźwięku. I, jeśli dziś stosujemy ten sposób, to zawdzięczamy to istotnie niezmordowanej energji Forlaniniego i, być może, jeszcze w większej mierze klasycznym pracom Brauera. (Streszczenie własne).

4. Kol. Latkowski pokazuje: a) chorego Bronisława P. l. 15 **z wrodzoną wadą serca**, u którego daje się stwierdzić opóźnienie rozwoju fizycznego, polycythaemia, powiększenie serca w wymiarze poprzecznym (uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu, 8 cm od linji środkowej), roentgenologicznie stwierdzone. Wymiar poprzeczny 11,5 cm, tętnica główna szeroka (4,8 cm) szmer skurczowy nad tętnicą główną najlepiej słyszalny, z wyczuwalnym kocim mrukiem, szmer ten udziela się w kierunku wszystkich ujść i w kierunku tętnic wielkich; ciśnienie krwi 70 Hg, odczyn Wassermanna ujemny. Na podstawie wywiadów, że chłopiec ten od dziecka nie mógł biegać, a po wysiłku fizycznym doznawał znacznej duszności z ogólnem osłabieniem i wymiotami, na podstawie wyżej podanych objawów klinicznych, jak i sinicy i rozszerzenia naczyń na klatce piersiowej musimy przyjąć wrodzone zwężenie tętnicy głównej i otwarty otwór owalny, gdyż rozszerzenia serca prawego w inny sposób wytłómaczyć nie można.

Otwarty owalny otwór serca może przebiegać bez objawów i może być dopiero spostrzeżony przy sekcji, jakto miało miejsce u chorego M. F. 40-letniego, u którego rozpoznano *insufficientia et stenosis valvulae bicusp. in stadio decompens. cum dilatatione cordis totius praec. dextr., hyperaemia passiva hepatis, lienis et renum*, a badanie sekcyjne wykazało *foramen ovale apert.* obok *endocarditis chron. valvul. mitral. et semil. aortae.*

b) Chorego L. J. 63-letniego z *nephrosclerosis*, u którego wygląd i obrzęki wskazywały na chorobę nerkową, a badanie moczu nie wykazywało żadnych zmian; wydzielanie chloru było prawidłowe 19,3—28,7 gr. dziennie, azot zaś pozabiałkowy we krwi wynosił 22,12 mlg. Próby: koncentracyjne i wodna wykazywały hypostenurję z małem bardzo wahaniem ciężaru gatunkowego, zaś po obciążeniu nerek występował przemijający białkomocz. Osłabienia serca nie było.

5) Kol. Rosner omawia przypadek **brodawczaka pochwy** z pokazem makroskopowym i mikroskopowym danego schorzenia.

6) Kol. Majewski przedstawia **ciało obce pod powieką** chorego, które dostało się tam skutkiem wybuchu granata i pozostawało tamże przez dłuższy okres czasu.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 19. maja 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1) kol. Ziembicki omawia własne spostrzeżenia z zakresu **proteino i kolloidoterapji** a) **w chorobach wewnętrznych** i b) w przypadku **zapalenia tęczówki**, leczonego wspólnie z kol. Jaworskim wstrzykiwaniem mleka; c) w przypadku **gorączki połogowej**, wyleczonej jednem wstrzyknięciem 5 cm³ własnej krwi chorej.

W dyskusji kol. Rencki podaje, że w przypadku **niedokrwistości złośliwej** typu Biermera, przedstawionym na posiedzeniu Towarzystwa w styczniu b. r., po kilku wstrzyknięciach 0·5—1·0 gr. mleka stan chorej wybitnie się poprawił, a ilość czerwonych ciałek krwi wzrosła do 5,000.000. Przypomina, że autohemoterapja przy durze osutkowym w doświadczeniach Greka nie wpływa na zmniejszenie się śmiertelności. W przypadkach powikłanych gruźlicą, należy stosować $^1/_{10}$—$^1/_{100}$ część dawki mleka z obawy zaognienia się sprawy gruźliczej. Kol. Leszczyński poleca, aby przy autohemoterapji wstrzykiwać krew nie w miejscu nakłucia żyły obok w ramię, ale w pośladki. Zaznacza też, że ustrój przygotowany autohemoterapją oddziaływuje znacznie słabiej na zastrzyknięcia mleka i shock kolloidoklastyczny mniej jest wybitny w tych przypadkach.

Kol. Bednarski zestawia wyniki i wskazania dla **proteino i kolloidoterapji w chorobach ocznych**; kol. Fels podnosi, że krzywe dodatnich i ujemnych wyników w gośćcu stawowym przy stosowaniu mleka i salicylu pokrywają się, a nawet są korzystniejsze dla salicylu.

Kol. Rencki wyjaśnia, że w przypadkach gośćca ostrego przy stosowaniu mleka salicylu nie wolno w leczeniu zaniedbać. Mlekiem bowiem podnosi się tylko reakcję ustroju. Kol. Marischler opisuje wyleczony mlekiem przypadek ostrego zajęcia stawu ręki, który przy stosowaniu samego salicylu nie dawał dodatniego wyniku. Kol. Ziembicki jeszcze raz podkreśla działanie ergotropowe mleka i zaznacza, że ono skraca czas trwania choroby.

2) Kol. Izydor Krzemicki wygłasza odczyt p. t. **Z pogranicza neurologji i okulistyki.** I. Przedstawione zostały 3 modele przyrządów, służących do oznaczania pola patrzenia, albo, jak mowca proponuje, „pola pozierania“ (*Champ de fixation, Blickfeld*). Dotychczasowe metody, jako dosyć uciążliwe, nie przyjęły się na ogół w praktyce neurologicznej. Największą trudność w badaniach tego rodzaju stanowi odpowiednie ustalenie głowy badanego osobnika. W 2 pierwszych z przedstawionych modeli trudność ta została ominięta w następujący sposób: obmyślono małe i lekkie przyrządziki, przytrzymywane ręką badającego na twarzy osoby badanej, tak, że przy ewentualnych ruchach głowy poruszają się one wraz z głową w sposób, niepowodujący żadnego zdecentrowania gałki ocznej w stosunku do skali aparatu.

Model a) składa się z przytwierdzonej do rączki, obracalnej tarczy o średnicy 52 m/m, opierającej się górnym brzegiem o łuk brwiowy, zaopatrzonej w odpowiedni wykrój w kierunku pozierania, z łuku skalowego (R=25 cm), połączonego z tarczą i wreszcie ze zwierciadła, ułożonego na cięciwie łuku, w którym odbija się podziałka stopniowa. Przylegająca do twarzy część łuku ścięta jest w ten sposób, że idealne przedłużenie łuku sięgałoby w głąb gałki i że szczyt jego przypadałby na punkt obrotowy oka. Odpowiednia oprawka ujmuje szkła korekcyjne. Dzięki użyciu zwierciadła i ścięciu górnej części łuku uzyskano znaczną redukcję wymiarów.

Model b). W linji środkowej ruchomej tarczy (p. w.) umieszczona jest obracalna we wszystkich kierunkach listewka o 25 cm dług., zakończona małą tabliczką z kilku znakami pisarskiemi. Tabliczka ta jest przesuwalna, obracalna i zaopatrzona na tylnej powierzchni w zwierciadełko, w którem odbijają się znaki pisarskie, umieszczone na kątomierzu, obracającym się wraz z listewką i odpowiednio wykrojonym, tak, że nos badanego nie stawia przeszkód obrotowi tarczy. Dzięki przesuwalności tabliczki i użyciu zwierciadła badany może odczytywać znaczki, zależnie od swej refrakcji, w odległości 1—40 cm od oka. Podziałka kątomierza jest tak wykalibrowana (na podstawie odpowiedniego wzoru trygonometrycznego), że uzyskuje się rachunkowo wyrównanie błędu, któryby powstać musiał stąd, że punkt obrotu listewki leży mimośrodowo w stosunku do punktu obrotowego oka.

Obydwa przyrządy dają wyniki łatwe i dostatecznie ścisłe, pewna wprawa w używaniu ich jest jednak konieczna.

Model c) służy do precyzyjnych badań i może być użyty tylko u osób inteligentnych. Zasada konstrukcji polega na tem, że badany obserwuje swoje własne oko w zwierciadle obracalnem, przyczem oko ustawia się zawsze (p. n.) pod kątem zupełnie równym kątowi nachylenia zwierciadła. Przez zwierciadło można przezierać, a to dzięki okoliczności, że jest ono albo ad hoc sporządzone (cienka, przeźroczysta warstwa zredukowanego srebra), albo też dzięki szeregowi równoległych linijnych wydrapań warstwy odbijającej, zezwalających na wizowanie poprzez zwierciadło. Poza zwierciadłem (w podwójnej odległości, licząc od środka obrotowego oka) umieszczony jest łuk z podziałką (R=30 cm). Badany podaje, jaką liczbę podziałki widzi w swojej źrenicy; liczba ta musi się zgadzać dokładnie z liczbą wykazaną na kątomierzu, zaadaptowanym do zwierciadła. Niezgodność liczb powyższych oznacza albo, że badany wykonał ruch głową, albo też, iż przekroczona została granica ruchomości gałki w danym kierunku. Ważne jest, że przy badaniach tego rodzaju następuje samoczynne optyczne ustalenie głowy (p. w.), tak, że zbędnemi okazują się wszelkie sposoby pomocnicze. (Pokaz szeregu zdjęć pola pozierania w przypadkach porażeń mięśni ocznych).

Przyrządy powyższe możnaby dla odróżnienia od perymetrów nazwać **pegometrami** (od πήγνυμι utkwić, wbić).

II. Wychodząc z bardzo prostych spostrzeżeń katoptrycznych, stwierdzić można, że w pewnych warunkach oczy nasze zmuszone są do wykonywania bezwiednych ruchów w ściśle określonych kierunkach; na podstawie tego, co wiemy o mechanizmie widzenia i pozierania, przyjąć można, że dzieje się to mianowicie w tych przypadkach, w których wszystkie bez wyjątku przedmioty, objęte naszem polem widzenia, poruszają się jednocześnie dosyć szybko w pewnym stałym kierunku, tak, że oko nie może spocząć na żadnym punkcie, któryby nie był porwany wirem ogólnego jednokierunkowego ruchu. Do sumarycznego ujęcia wchodzących tu w grę zjawisk nadawałby się ter-

min zygopsia, od greckiego ζυγὸν (jarzmo), oznaczający w przenośni patrzenie niejako ujarzmione, przymusowe. Wirująca dookoła nas panorama, o ileby tylko zasłaniała sobą zewsząd całe nasze pole widzenia, musiałaby niechybnie spowodować zygoptyczny zwrot gałek (a być może, w pewnych w przypadkach także zygoptyczny oczopląs). Najpraktyczniejszy sposób wywoływania zygopsji polega na zmuszaniu badanej osoby do spostrzegania zewnętrznego świata w odbiciu obracającego się płaskiego zwierciadła, wskutek czego wszystko widzialne znajduje się w ruchu pozornym, albo do takiego samego spostrzegania w nieruchomem zwierciedle, o ileby głowa tejże osoby wykonywała ruchy zwrotne. Teoretycznie trzeba-by tu wielkich zwierciadeł, odgradzających zupełnie świat rzeczywisty od świata odbitego, w praktyce jednak wystarczają średniej wielkości źwierciadła ścienne, a przy łóżku chorego nawet mniejsze lusterka (n. p. 8 × 20 cm). Przy stosowaniu metody obracalnych zwierciadeł w dwu tylko przypadkach (w rzeczywistości niewchodzących nigdy w rachubę) moglibyśmy natknąć się na brak zygoptycznego zboczenia gałek (pomija się tu bardzo powolne ruchy zwierciadła, któreby może nie wystarczały do wywołania zygopsji), a mianowicie: 1) gdy odbite w zwierciadle tło było zupełnie monotonne pod względem postaci, barwy i rozmieszczenia objętych niem przedmiotów; 2) gdyby przedmioty odbite w zwierciedle i dokonywające w niem ruchów pozornych, posiadały własny ruch rzeczywisty w kierunku wprost przeciwnym i gdyby szybkość tego ruchu równała się zupełnie szybkości obrotu zwierciadła. Z drugiej strony możliwą byłaby (teoretycznie) także hyperkompensacja ruchów rzeczywistego i pozornego z następczem zboczeniem gałek w stronę przeciwną ruchowi pozornemu. Jednym z przedmiotów zygoptycznie spostrzeganych może być oczywiście także nasze własne oko. W tym przypadku, gdzie gałka jest zarazem przedmiotem i podmiotem spostrzegania, udowodnić można geometrycznie (demonstracja rysunków): że oko nasze wpatrzone bezpośrednio we własny obraz (a więc niepozierające jednocześnie na żaden inny przedmiot odbity w zwierciedle) ustawić się musi tak, iżby oś wzrokowa była prostopadła do powierzchni zwierciadła; że *eo ipso* przy obrocie zwierciadła oko musi się nastawić pod kątem równającym się kątowi tego obrotu; w końcu, że przy zwrotach głowy oko przeglądać się może w zwierciedle tylko w tym razie, jeżeli dokona ono obrotu w stronę przeciwną o kąt, równający się kątowi zwrotu głowy. Na prawidłach tych oparty został pomysł pegometru mod. c). Konieczność kontralateralnego zwrotu gałki przy ewentualnym obrocie, powodując prawdopodobnie konflikt dwu przeciwnych innerwacyj, tłumaczy dostatecznie samoczynne ustalenie głowy, o którem wyżej. (Wyjątki, dotyczące bardzo małych dzieci, a może też osób mocno rozdrażnionych, wymagają dalszego opracowania).

Zygopsja (katoptryczna) znaleźć powinna obszerne zastosowanie w rozpoznawaniu chorób nerwowych, a po części także w dociekaniach fizjologicznych. Wyniki badań, pod tym względem jeszcze bardzo niezupełne, przedkłada mówca tytułem doniesienia tymczasowego.

Do wywołania zygopsji wystarcza bardzo nieznaczna bystrość wzroku, (rozróżnianie ruchów palców); z powodu braku odpowiedniego materjału nierozstrzygniętem pozostaje pytanie, jak wypadłaby próba przy zachowanem jedynie tylko poczuciu światła. Podobnież nie udało się jeszcze ustalić, w jakiej epoce rozwojowej poczyna się zygopsja u niemowląt; od 2 miesięcy niemowlęta oddziaływają zygoptycznie dodatnio. Przy ślepocie histerycznej (1 przyp.) zygopsja jest dodatnia. Przy połowiczem widzeniu oko oddziaływa zygoptycznie dodatnio przy nachylaniu zwierciadła w stronę widzącą, ujemnie w stronę przeciwną (4 przyp.). W 1 przypadku znacznego zwężenia pola widzenia (najprawdopodobniej na tle organicznem) zygopsja była dodatnia, o ile wykonywało się powolniejsze ruchy zwierciadłem; przy szybkich ruchach wynik był ujemny (badana osoba widocznie nie mogła nadążyć okiem za znikającym obrazkiem siatkówkowym). Podobnie miała się rzecz w 1 przyp. większego ograniczonego ubytku w polu widzenia (*Atr. n. opt. tabica*). W licznych przypadkach przekonano się że zygopsja jest jedynym i to zupełnie objektywnym sposobem oceny sprawności mięśni zewnątrzgałkowych, jakoteż zdolności oka do umiejscawiania wrażeń świetlnych u osobników, z którymi nie można było porozumieć się bezpośrednio (niemowlęctwo, zamroczenie, afazja). Trudno też wątpić, że symulacja całkowitej ślepoty nie mogłaby się ostać wobec próby zygoptycznej.

Wobec stanowiska niektórych fizjologów, głoszących, że ośrodki podkorowe (*C. genic. ext.*) odgrywają w regulowaniu ruchów gałek ocznych ważniejszą rolę, niż się to powszechnie przyjmuje, z ostrożnością należy rozpatrywać kwestję, czy „przytomność" jest warunkiem nieodzownym dodatniej zygopsji. Trudne jest też pytanie, czy zygopsję zaliczyć należy do rzędu zjawisk odruchowych. W dwu przypadkach końcowego okresu *meningitis tbc.* zygopsja była ujemna; podobnież u osoby budzącej się z narkozy. U zwierząt nie udało się dotychczas uzyskać pewnych wyników: trudności techniczne są tu jednak znaczne. Dalsze badania nad klinicznem zastosowaniem zygopsji są konieczne; prelegent zaprasza kolegów, rozporządzających odpowiednim materjałem, do współpracy. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Domaszewicz podnosi pożyteczność próby lustrzanej zygoptycznej przy porażeniach mięśniowych gałki ocznej. Kol. Beck zastanawia się, czyby nie było wskazanem nazwać pole patrzenia, czy też pozierania, obszarem lub zakresem patrzenia. Zakres patrzenia byłby to obszar, który może objąć oko przy ruchu. Ruch oka za lustrem, należy uważać jako odruch, choćby ośrodkiem jego była nawet i kora mózgowa. Nadto przemawiał jeszcze kol Pisek.

Kmietowicz, sekretarz.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1922.

Obecnych 19 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Dziemski przedstawił chorego po przebytym tężcu, przypadek ciekawy ze względu na długi okres wylęgania (dwa miesiące).

2. Kol. Hłasek, nawiązując do odczytu kol. Kożuchowskiego (przyczynek do zapaleń wyrostka robaczkowego), oświetla sprawę ze stanowiska ginekologa.

3. Kol. Cywiński, Sitkowski i Jaworski wygłosili wspólny referat: **O wrzodzie żołądka**. Kol. Cywiński, przytoczywszy historję rozwoju nauki o wrzodzie okrągłym żołądka, roztrząsa po kolei etjologję tego cierpienia, jego patogenezę, symptomatologję, rozpoznanie oraz metody leczenia. Kol. Sitkowski omawiał sprawę djagnostyki wrzodu z punktu widzenia rentgenologicznego, wreszcie kol. Jaworski oświetlił powyższą sprawę chorobową ze stanowiska chirurgicznego. Dyskusję odroczono do następnego posiedzenia.

4. Kol. Drożdż zdaje sprawę z posiedzeń komisji odczytowej i przedstawia obecnym do aprobaty spis pism lekarskich zagranicznych, uchwalonych do zaprenumerowania.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 lutego.

Obecnych 19 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Czerwiński przedstawił: a) **macicę z włókniakiem** wielkości główki noworodka, wychodzącym z tylnej ściany szyji, b) macicę wraz z przydatkami, usuniętą sposobem Wertheima z powodu **raka części pochwowej**, c) macicę wraz z przydatkami, wyciętą tymże sposobem z powodu **raka trzonu** i d) **szpilkę** podwójną długości 10 cm, wprowadzoną do pęcherza moczowego w celu **masturbacji**.

Dyskusja nad odczytem kol. Cywińskiego, Sitkowskiego i Jaworskiego.

Kol. Majewski, przytoczywszy klasyfikację anatomo-patologiczną wrzodu, podnosi, że wrzód żołądka jest chorobą dziedziczną i wrodzoną. streściwszy dawniejsze oraz najnowsze badania nad etjologją wrzodu, kol. Majewski przechodzi do wyczerpującego omówienia licznych metod operacyjnego leczenia wrzodu i przytacza obszerne statystyczne dane, przemawiające na korzyść gastroenteranastomozy, z którą konkuruje radykalna gastropylorektomja.

Nadto przemawiali koledzy: Arnsztein, Biernacki, Chromiński i Garbaczewski.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia t. j. na dzień 18 lutego.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 lutego 1922.

Obecnych 17 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Czerwiński przedstawił **preparat włókniaka macicy**.

2. Kol. Umiastowski pokazał dziecko z ropnicą, leczone autowakcyną.

3. Kol. Jaczewski pokazał 22-go letniego mężczyznę ze **słoniowatością prącia**.

4. Kol. Modrzewski przedstawił cztery **kamienie żółciowe**, usunięte drogą operacyjną u 32-letniej kobiety. Przypadek ciekawy ze względu na umiejscowienie kamieni, mianowicie jeden znajdował się w ductus choledochus, jeden w ductus hepaticus i dwa w pęcherzyku.

5. Przewodniczący otwiera dalszy ciąg **dyskusji** nad wrzodem żołądka. Zabiera głos kol. Dziemski, przytoczywszy dwa obserwowane przez siebie przypadki, przeczące twierdzeniu mowcy kol. Cywińskiego, że przebicie żołądka zdarza się w tych przypadkach, gdzie są liczne owrzodzenia oraz gdzie cierpienie trwa czas dłuższy. Kol. Dziemski wspomina o statystyce porównawczej owrzodzeń żołądka i dwunastnicy podług Kämmela i obszerniej omawia diagnostykę różniczkową pomiędzy wspomnianemi cierpieniami. Kol Modrzewski, dopełniając metody badania żołądka, przypomina o diaphanoskopji pośredniej, o gastroskopii oraz diaphanoskopji bezpośredniej. W sprawie perforacyji owrzodzeń żołądka, kol. Modrzewski zwraca uwagę na konieczność dokonywania zespolenia żołądka z jelitem (gastroenteranastomosis), które stanowi jakoby unieruchomiający opatrunek dla okolicy operowanej.

Po krótkiej replice mowców dyskusję zakończono.

Prezes Dr. *Jan Modrzewski*. Sekretarz Dr. *Korczak*

Towarzystwo Internistów polskich.

Odezwa.

W celu nawiązania przerwanej pracy Tow. Internistów Polskich, którego głównym celem, jak wiadomo, było urządzanie specjalnych zjazdów naukowych, (ostatni przed wojną we Lwowie 1914 roku), zebrało się grono internistów warszawskich a po otrzymaniu zgody ostatniego zarządu Towarzystwa, do składu którego należeli: Prof. Dr. A. Gluziński, jako przewodniczący,

prof. Dr. J. Wiczkowski, jako zastępca przewodn., prof. Dr. Franke skarbnik i Dr. Wilhelm Pisek, uchwalili wznowić pracę Towarzystwa i wybrali zarząd, w skład którego weszli: Prof. Dr Gluziński przewodniczący, Dr. Pawiński zast. przewodniczącego, Dr. Bronowski skarbnik, prof. Dr. Żebrowski i Dr. Szczepański sekretarz. Skład ten ma pełnić swe obowiązki, aż do wyborów, które odbędą się na najbliższym zjeździe. Zarząd rozpoczął swoją działalność i w myśl uchwały zebrania, by następny zjazd Internistów polskich odbyć we Wilnie, porozumiał się z Kolegami z Wilna, którzy z całą gotowością przyjęli tę propozycję, podejmując się urządzić ten zjazd w terminie oznaczonym przez Zarząd.

Po rozważeniu rzeczy, zarząd postanowił, by zjazd ten odbył się w roku 1923 w miesiącu maju lub czerwcu (tak życzą sobie kol. wileńscy), a ścisły jego termin będzie oznaczony po porozumieniu się bliższem z zawiązanym we Wilnie komitetem gospodarczym.

Wszystkie szczegóły i informacje będą w swoim czasie podane. Obecnie Zarząd Towarzystwa zwraca się do Internistów polskich o wpisywanie się na członków Towarzystwa. Wpisy przyjmuje skarbnik Towarzystwa Dr. Bronowski (Warszawa, ul. Okólnik Nr. 11). Wkładka roczna członka wynosi 1000 mp., którą za rok 1922 należy przy wpisie przesłać na ręce skarbnika.

Zebrany fundusz służyć będzie na pokrycie kosztów związanych z urządzeniem zjazdu (druki, korespondencje, ogłoszenia i t. d.), jak niemniej w przyszłości, do drukowania sprawozdań z prac zjazdów, a w odpowiednim czasie założenia archiwum medycyny wewnętrznej.

Zarząd sądzi, że byłoby wskazanem, by w pewnych miastach, jeden z kolegów dał inicjatywę do zebrania się wspólnego, dla utworzenia filji Tow. Internistów i wspólnie zgłosili swe przystąpienie na członków Towarzystwa.

Sekretarz *Z. Szczepański.* Przew. Prof. Dr. *Gluziński.*

Dr. Jan Offenberg. Morszyn.

Morszyn.

Ze względu na liczne zapytania pp. Kolegów co do szczegółów, dotyczących środków leczniczych zdrojowiska „Morszyna“, podajemy dla informacji notatkę niniejszą.

„Morszyn“ pod Stryjem (Małopolska Wschodnia) położony jest na Podkarpaciu, 320 metrów nad poziomem morza, wśród bardzo rozległych lasów iglastych i łączy w sobie warunki klimatu podgórskiego i leśnego.

Głównemi środkami leczniczemi Morszyna są: 1) Woda mineralna „Morszyńska“ do picia ze zdroju „Bonifacego“, 2) Sól zdrojowa Morszyńska do użycia wewnętrznego, 3) Kąpiele mineralne z miejscowej solanki, 4) Kąpiele borowinowe z doskonałej borowiny miejscowej, obfitującej w kwas mrówkowy, 5) Kąpiele gazowe (sztuczne) i kąpiele solankowo-gazowe, 6) Kąpiele igliwiowe, 7) Leczenie zabiegami hydropatycznemi, 8) Miesienie, 9) Leczenie gorącem powietrzem, 10) Kąpiele słoneczne i powietrzne, 11) Inhalacje z miejscowej solanki.

Do środków leczniczych Morszyna zaliczyć też należy wyjątkową czystość powietrza, wolnego całkowicie od kurzu, dzięki położeniu zdrojowiska wśród obszernych lasów, bezpośrednio się łączących z dużym, 25-ciomorgowym parkiem zakładowym; warunki te, nadające Morszynowi cechę wiejskiego zacisza, podnoszą znakomicie wartość jego zdrowotną.

Skład chemiczny wody mineralnej Morszyńskiej ze zdroju „Bonifacego“ według rozbioru prof. Dzierzgowskiego, dokonanego w r. 1922 po pogłębieniu zdroju, wykazuje:

Ciężar właściwy wody 1,165.

Litr wody daje suchej pozostałości	230,0	gr.
W litrze wody: Chlorku sodu	72,05	„
Siarkanu sodu	41,51	„
Siarkanu potasu	18,45	„
Siarkanu magnezu	11,96	„
Chlorku magnezu	47,35	„
Chlorku potasu	36.89	„

Z powyższego widzimy, że woda ze zdroju „Bonifacego“ należy do nielicznych najbardziej stężonych wód, jakie zna Europa. Używaną być może tylko w rozcieńczeniach.

Stosowanie wody: Dzięki składowi wody Morszyńskiej o wysokiej zawartości soli kuchennej (72‰) oraz znacznej ilości siarkanu (71‰) z przewagą soli sodu (41‰) woda ta, pod względem wzmiankowanych dwóch składników, zbliża się zasadniczo do wody Karlsbadzkiej lub Marjenbadzkiej oraz do Kissingeńskiej gorzkiej i jednocześnie posiada wyższość nad wodami gorzkiemi [Hunyadi Janos, Franciszka Józefa, Offner Bitter-Wasser, Püllnau] dzięki małej zawartości siarkanu magnezu (11,9‰). Przez rozcieńczenie stężonej wody Morszyńskiej odpowiednią ilością wody zwykłej (najlepiej gorącej) możemy dowolnie otrzymywać wodę mineralną, zbliżoną pod względem zawartości % chlorków sodu i siarczanów do wody Karlsbadzkiej lub Marienbadzkiej, Kissingeńskiej gorzkiej, lub wreszcie do Hunyadi Janos. W praktycznem zastosowaniu tych roczczynów osiągamy już od 30 cm³ wody Morszyńskiej (rozcieńczonej w szklance wody ciepłej) działanie lekko przeczyszczające.

Również i w zewnętrznem stosowaniu solanki Morszyńskiej możemy, dzięki odpowiednim rozcieńczeniom, otrzymywać kąpiele, odpowiadające kąpielom kissingeńskim (2,5%) lub ciechocińskim (4%) lub też otrzymywać kąpiele bardziej od Ciechońskich stężone albo znacznie od nich słabsze, odpowiadające, naprzykład kąpielom Druskienickim (0,2%).

Sól Morszyńską (można ją mieć obecnie w każdej aptece) stosuje się zamiast soli Karlsbardzkiej lub Marienbadzkiej po 1—2 łyżeczki na szklankę wody, zależnie od wskazań i od wrażliwości osobnika.

Wskazania do kuracji w Morszynie: Dna, gościec, otyłość, choroby wątroby, kamica żółciowa, przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, zaparcia (na tle niedowładu kiszek), hemoroidy, choroby układu nerwowego, zwłaszcza rwa kulszowa, choroby kobiece, zołzy, krzywica, niektóre choroby serca, ozdrowieńcy. Przeciwwskazania: Gruźlica, cierpienia nerek, przewlekłe biegunki, choroby serca w okresie zaburzenia równowagi w krążeniu i naturalnie, nowotwory złośliwe.

Urządzenia: Do użytku gości leczących się przeznaczony jest dom zdrojowy oraz prywatne wille (nieliczne). Kąpiele i inne zabiegi lecznicze stosują się w Zakładzie kąpielowym (łazienkach) w pobliżu domu zdrojowego. Kuchnia w Zakładzie prowadzoną jest pod doświadczonem kierownictwem.

Zakład zdrojowo-kąpielowy w Morszynie stanowi własność Tow. Lekarzy Galicyjskich, obecnie dzierżawiony jest przez spółkę akcyjną „Zdroje Polskie“. Spółka wkrótce rozpocznie budowę w Morszynie warzelni dla wytwarzania soli leczniczych ze zdroju „Bonifacego“.

Komunikacja z Morszynem jest dogodna i prowadzi przez Lwów i Stryj; od Lwowa Morszyn oddalony jest o 2½ godziny jazdy koleją, od Stryja — zaś tylko o 25 minut. Stacja kolejowa znajduje się w samem zdrojowisku (linja kolejowa - Stryj - Stanisławów).

Medycyna społeczna.

Dr. Pawelec. Katowice.

W sprawie zwalczania gruźlicy.

(Dokończenie).

W celu szerzenia oświaty wydawano corocznie ulotne pisemka, broszurki, urządzano wykłady przy pomocy muzeum wędrownego, odzywano się do ogółu za pomocą gazet codziennych przez umieszczanie popularnych artykułów, dbano o wykształcenie lekarzy do tej walki, bądź to za pomocą gazet fachowych, bądź to za pomocą kursów specjalnych i kongresów, zaprowadzono obowiązek meldowania każdego wypadku śmierci z powodu gruźlicy.

Pomimo tak szerokiego programu okazał on się w praktyce za niewystarczający i za ciasny, bo pomijał w zupełności tuberkulozę wieku dziecięcego. Wykazało się bowiem, że podczas kiedy śmiertelność z powodu gruźlicy u dorosłych zmniejszała się z roku na rok, to śmiertelność dzieci nietylko nie zmniejszała się, przeciwnie szła w górę. Aby wykładu swego zbytnio nie przedłużać, ominę nowe teorje patogenezy gruźlicy, które dowodzą, że zakażenie gruźlicą następuje tylko raz w życiu i to w latach dziecięcych i że wszelkie późniejsze objawy gruźlicy są tylko następstwem tego pierwszego i jedynego zakażenia. W Niemczech zastosowano się w praktyce natychmiast do tych nowych poglądów teoretycznych. Pozwolę sobie wyliczyć krótko zarządzenia niemieckie na tem polu: zakłady lecznicze dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, szczegółowe przepisy co do higjeny szkół, szkoły leśne, kolonje wakacyjne, zakaz udzielania nauki przez nauczycieli suchotników, umieszczanie dzieci z niezdrowych stosunków rodzinnych wśród rodzin zdrowych (dzieci nieślubne, sieroty), dozór lekarski w szkołach, udzielanie dzieciom biednym odżywienia i odzieży, wspólne kąpanie się całej klasy w pewnych przeznaczonych godzinach. Ale jeszcze ten zakres walki z gruźlicą był za wązki. Największym i najniebezpieczniejszym rozsadnikiem gruźlicy są ciężko chorzy, których do zakładów przeciwgruźliczych z reguły się nie przyjmuje. Odosobnienie takich chorych jest najbardziej palącem zadaniem walki z gruźlicą. Próbowano różnych sposobów, zakładano specjalne zakłady już nie dla leczenia, lecz tylko dla pielęgnowania tych skazańców, nie były one jednak nigdy popularne, nikt do nich, jako do miejsca śmierci iść nie chciał. Budowano potem schroniska dla inwalidów w ogóle i umieszczano tam także ciężko chorych gruźliczych. Najodpowiedniejsze okazały się ostatecznie osobne oddziały przy barakach szpitali miejskich i powiatowych. Rezultat tak pomyślanej walki z gruźlicą dał znakomite owoce, w przeciągu

niespełna 35-ciu lat, obniżył się odsetek śmiertelności o 50·8%. Podczas wojny światowej śmiertelność pomimo zastosowania wytrwałych usiłowań szybko się podniosła. Powodów, jakie ten objaw wywołały, nie będę tu wyliczał, bo aż nazbyt dobrze wszystkim są wiadome, przejdę dlatego do omówienia stosunków analogicznych w Polsce.

Do podania ścisłego obrazu o stanie gruźlicy w Polsce brak mi przedewszystkiem danych statystycznych, ale, mając na uwadze, że ziemie polskie są mniejwięcej tak gęsto zaludnione, jak niemieckie, częściami nawet gęściej, ponieważ dalej walka z gruźlicą w Polsce jest jeszcze w zaczątkach, a wojna zniszczyła cały dobrobyt, zburzyła miasta i wsie, można przypuszczać, że i tutaj, chociaż kraj nie jest tak uprzemysłowiony, jak niemiecki, przypuszczać należy, że odsetek śmiertelności jest równie wysoki, jak w Niemczech. Według mojego obliczenia na wszystkich ziemiach polskich umiera obecnie z powodu gruźlicy conajmniej 60 do 80 tysięcy osób, t. z. Polska mogłaby wojnę bolszewicką prowadzić 6 do 8 lat, a wojna ta jeszcze nie kosztowałaby w tym czasie tylu ofiar w ludziach, ile ich gruźlica porywa w przeciągu jednego tylko roku. Jeżeli doliczymy do tego straty z powodu innych chorób infekcyjnych, jak tyfusu plamistego, dalej wielką śmiertelność niemowląt i jeżeli uwzględnimy szkody, spowodowane szerzeniem się chorób wenerycznych, to musi to u każdego lekarza czy laika obudzić troskę o przyszłość naszego narodu. Nie zapominajmy my lekarze, że na nas ciąży obowiązek zorganizować według najlepszych sił wszystkie środki zaradcze, jakie stoją nam do dyspozycji, których cały szereg chcę Panom tutaj wyliczyć. Jak już wyżej zaznaczyłem, co do Polski całej brak mi ścisłych dat, dlatego w wyliczeniu tych środków ograniczać się będę tylko do Śląska Górnego, który znam dokładnie z kilkuletniej tutaj praktyki lekarskiej.

Ubezpieczalnia Rzeszy Niemieckiej, „*Reichsversicherungsanstalt*“, wydała w roku 1920 na kuracje 45 miljonów marek z tego 20 miljonów na leczenie chorych gruźliczych. Niemcy posiadają obecnie 170 sanatorjów o 20.000 łóżek dla dorosłych, dla dzieci z wybitną gruźlicą jest 20 sanatorjów z 2.000 łóżek, a w 100 zakładach z około 9.000 łóżek mieszczą się dzieci skrofuliczne i zagrożone gruźlicą. Schronisk leśnych dla pobytu przez dzień posiadają 114, szkół leśnych 17, pomiędzy temi jedna szkoła wyższa w Charlotenburgu, 222 schronisk, jakoteż liczne oddziały specjalne przy szpitalach. Liczba poradni wynosi 1460, pozatem 45 poliklinik służy równocześnie za poradnie. Głównym fundatorem tych licznych i nieraz wspaniałych zakładów są kasy chorych, ubezpieczalnie krajowe i ubezpieczalnia Rzeszy Niemieckiej.

Co z tego całego aparatu pozostanie nam na obszarze Śląska Górnego przyznanym Polsce?

Poza trzema poradniami w Mysłowicach, Katowicach i Królewskiej Hucie oraz jednym zakładem przeciwgruźliczym w Wodzisławiu, który na krótko przed plebiscytem został sprzedany kasie gwareckiej, nie pozostanie nam literalnie nic. Zakład wodzisławski obejmuje 150 łóżek wyłącznie dla mężczyzn i kasa gwarecka ma możność przekształcić ten zakład w każdej chwili na zwyczajny lazaret knapszaftowy. Musimy obstawać jednakże przy tem, żeby zakład został oddany wyłącznie dla chorych gruźliczych. Co nam wobec tego pozostaje w Województwie Śląskiem stworzyć w pierwszej linji, aby stanąć na wysokości zadania? Mojem zdaniem, trzeba ufundować przedewszystkiem centralny urząd do zwalczania gruźlicy, może on być pomyślany jako prywatne towarzystwo przez rząd wspierane, albo jako osobny oddział przy Wydziale Zdrowia Publicznego. Towarzystwo to wchodziłoby w ścisłą styczność z władzami, z Czerwonym Krzyżem, z Towarzystwami dobroczynnemi, z kasami gwareckiemi, z ubezpieczalnią wojewódzką, werbowałoby członków, przyjmowało darowizny, urządzało co rok lub dwa lata główne zjazdy, kierowałoby oświatą, stwarzało podkomitety w większych miejscowościach, organizowało poradnie, prowadziło statystykę i roztaczałoby opiekę nad chorymi nienależącymi do żadnej kasy.

1) Poradnie dadzą się łatwo urządzić z pomocą kasy gwareckiej, ponieważ już obecnie z polecenia powyższej instytucji czynnych jest 530 sióstr i 120 lekarzy.

2) Szeroką oświatę da się uskutecznić przez broszurki, wykłady, odczyty, popularne artykuły i gazety, a za przykładem Francji obowiązkową naukę higjeny w szkołach.

3) Należy jak najszybciej wydać odpowiednie przepisy policyjne i administracyjne co do gruźlicy, a mianowicie okólniki do burmistrzów, nauczycieli, fizyków, policji, weterynarzy w sprawie budowy domów, czyszczenia szkół, handlu mlekiem i środkami spożywczemi, rewizji bydła, dezynfekcji mieszkań w razie śmierci suchotnika, zakazu nauczania dzieci przez nauczycieli gruźliczych, meldowanie o każdym wypadku śmierci na gruźlicę itd.

4) Utworzenie w każdem mieście i w każdej większej miejscowości przemysłowej poradni dla gruźliczych; koszta ponoszą gminy, powiaty, kasy, dobrowolne składki i państwo. Poradnie są pierwszym a w naszych stosunkach jedynie możliwym krokiem w organizacji walki z gruźlicą.

5) Powinniśmy stworzyć przynajmniej trzy schroniska leśne, o ile możności, ze służbą nocną. Schroniska, służące tylko podczas dnia do leżenia, powinny być zbudowane blizko centrów przemysłowych, w lesie z dostępem do kolejki. Jedyna tego rodzaju leżalnia leśna znajdowała się na obszarze Śląska Górnego w Derszowie pod Opolem. Teren wynosi pół ha, schronisko samo zbudowane jest z drzewa, obejmuje 3 pokoje, kuchnię i leżalnią. Koszta budowy wraz z inwentarzem wynosiły w 1910 roku 5.476 marek. Deski przeznaczone do leżenia odkażano w zakładzie miejskim w Opolu. Obecne koszta budowy takiej leżalni na 20 osób wyniosłyby 100 do 150 tysięcy marek.

Dla dzieci zagrożonych gruźlicą i skrofulicznych posiadamy zakłady w Jastrzębiu i Goczałkowicach. Dla dzieci wybitnie tuberkulicznych możnaby, w porozumieniu, z Komitetem Sierocińca św. pamięci Dra Mielęckiego stworzyć zakład dla dzieci gruźliczych. Po rozliczeniu się z ubezpieczalnią krajową we Wrocławiu zajdzie konieczność stworzenia zakładu dla kobiet lub popierać będzie trzeba prywatną w tym względzie inicjatywę. Najlepiej na ten cel nadawałby się zakład SS. Elżbietanek w Cieszynie, przeznaczony podobno na szkołę dla akuszerek, oddać na zakład przeciwgruźliczy dla kobiet. Dla akuszerek będzie łatwiej znaleźć coś odpowiedniego.

6) Koniecznie musimy zaprowadzić obowiązek zgłaszania każdego przypadku otwartej gruźlicy, dotychczas istnieje obowiązek donoszenia jedynie o każdym przypadku śmierci na gruźlicę płuc lub krtani i o tem się często zapomina, ważne to jest dla statystyki, bez której nie można prowadzić walki z gruźlicą.

7) Koniecznie musi być stworzona szkoła dla dezynfektorów, do której większe gminy będą musiały wysyłać na swój koszt zdolnych kandydatów. Dezynfekcja powinna odbywać się ustawowo.

8) Corocznie powinny odbywać się w zakładzie przeciwgruźliczym kursa dla ochroniarek.

9) We wszelkich biurach publicznych, dworcach powinny być ustawione spluwaczki z odpowiednim napisem.

10) Powinna być przeprowadzona w najbliższym czasie ankieta mieszkaniowa, ażeby stwierdzić stan mieszkaniowy. Ankieta mieszkaniowa, przeprowadzona w r. 1910 w Berlinie, dała nadzwyczajne i smutne obrazki. 9.953 mieszkań, które składały się z małej izdebki bez pieca i z kuchni, było bez wszelkiej możliwości ogrzewania. Mieszkań, które miały najwyżej jedną izbę z możliwością ogrzewania było 41.963, zamieszkiwało je po 5 osób w zwyż, czasami jednak i 15 osób różnego wieku i płci. W Berlinie było w roku 1916 24.925 mieszkań nieposiadających żadnego pokoju z możliwością ogrzewania i 393.506 mieszkań, które miały jeden tylko taki pokój. Przeszło 1,500.000 ludzi musiało się zaspokoić tego rodzaju mieszkaniami. W jednym pokoju gniotło się całe rodzeństwo i rodzice, odbywały się porody, zgony i t. d. W innych miastach nie było lepiej. W Fürt w Bawarji skonstatowano u 60 dzieci całej klasy, że 14 miało własne łóżka, a z tych 9 było umieszczonych w sierocińcu. Do jakich skutków i na polu moralnem to prowadzi, wykazuje statystyka.

W Prusiech musiano oddać od roku 1901 do roku 1911 71.548 małoletnich do schronisk poprawy. Koszta wynosiły 71,000.000 marek. Z tych dzieci oddanych do schronisk poprawy niemających 14 lat, było sądownie karanych 16.486. Z pomiędzy dziewcząt w latach 14 do 18 było karanych za nierząd 8.458).

Przy zwalczaniu gruźlicy rozchodzi się o niezawinioną i niezasłużoną nędzę. Naszym obowiązkiem będzie w pierwszej linji wszystkie sprężyny poruszyć, ażeby chorobę tę skutecznie zwalczyć. Pozwolę sobie zwrócić Panom uwagę, co odziedziczyło Poznańskie w spadku po Niemcach. Ubezpieczalnię krajową w Poznaniu i jej zakład przeciwgruźliczy w Obornikach, obejmujący 250 łóżek. Prowincjonalne towarzystwo walki z gruźlicą przetworzyło się na Towarzystwo przeciwgruźlicze w Województwie Poznańskiem, utrzymujące najpiękniejszy zakład przeciwgruźliczy dla kobiet w Smukale pod Bydgoszczą, obejmujący 300 łóżek. Poznańskie posiada 6 bardzo dobrze urządzonych poradni w większych miastach. Nam na Śląsku odpadnie 12 zakładów przeciwgruźlicych z przeszło 1.300 łóżkami. Będziemy więc mieli pełne ręce do czynienia. Do walki z gruźlicą potrzeba pewnej tradycji, pewnego zrozumienia i oświaty. Możemy przypuszczać, że na czele administracji będą stali ludzie, którzy po raz pierwszy zetkną się z problemem gruźlicy, o którym prawdopodobnie dotychczas jeszcze nigdy nawet nie słyszeli. Naszym przeto obowiązkiem będzie dać im z całym naciskiem odpowiednie dyrektywy i popchnąć ich do czynu. Śląsk Górny uchodzi po całym świecie, za arcybogaty kraj powinniśmy przeto w zwalczaniu gruźlicy zrobić więcej niż każde inne państwo, oczywiście nie wszystko odrazu.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/3 został wybrany prof. dr. Stanisław Maziarski.

Kursa dla lekarzy. Z powodu zbyt małej liczby zgłoszonych uczestników **nie odbędą się kursa uzupełniające dla lekarzy, zamierzone przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego,** natomiast najprawdopobniej odbędą się w grudniu b. r.

Lwów.

XXIV Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek d. 30 czerwca w Poliklinice (ul. Lindego) o g. 6-tej wieczorem.

I. Pokazy: Kol. E. Meisels: Przyczynek do akromeglji, leczonej promieniami Rentgena.

II. Wykłady. 1. kol. Mikołajski: Obecny stan walki z alkoholizmem w Małopolsce. 2. Kol Gröer: Wpływ alkoholizmu rodziców na płodność matek i rozwój dziecka.

Schusterówna, zast. sekretarza *Franke*, prezes.

Warszawa.

„Ginekologji polskiej" pierwszy zeszyt pierwszego tomu ukazał się pod redakcją Dra Leonarda Lorentowicza. Nowe pismo kwartalne jest organem Tow. ginekologicznego krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego. Komitet redakcyjny tworzą doc. dr. K. Bocheński, prof. dr. Bylicki (Lwów), dr. C. Czermiński (Lublin), prof. dr. A. Czyżewicz, dr. Z. Gudelman (Warszawa), dr. A. Karnicki (Wilno), dr. B. Kowalski, dr. St. Łazarewicz (Poznań), dr. Monsiorski, (Warszawa), prof. dr A. Rosner (Kraków), prof dr. H. Święcicki (Poznań), doc. dr. J. Zubrzycki (Kraków), dr. M. Zweigbaum (Warszawa). Pismo, jak czytamy w Słowie wstępnem, ma być nie tylko odźwierciedleniem pracy i rozwoju poszczególnych towarzystw, lecz ma stworzyć żywe ogniwo, łączące wszystkich ginekologów Zjednoczonej Ojczyzny.

Nowemu pismu, wypełniającemu jedną z luk w naszem archiwalnem piśmiennictwie lekarskiem, składamy życzenia owocnej pracy. „Szczęść Boże"!

Sprostowanie:

W dokończeniu pracy doc. J Olbrychta p. t. „Badania nad zatorami tłuszczowemi i t. d.", pomieszczonem w Nr. 24. P. Gaz. Lek., należy tekst od wiersza **29.** z góry na stronie **492**, zaczynający się od słów „Z doświadczeń tych wynikałoby", aż do **końca na stronie 493.** należy czytać zaraz po krzywych na stronie **490,** tekst zaś **całej strony 491.** i na stronie **492** do słów „serca i rozpadu" stanowi zakończenie artykułu.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 26 marca do 25 kwietnia 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	(1) 0	22 (3)	77 (14)	12 (0)	14 (1)	22 (6)	18 (2)	13 (0)	106 (179)	3 (9)	—
	ż.	—	7 (2)	31 (3)	4 (1)	1 (0)	8 (1)	3 (1)	2 (0)	19 (28)	—	—
Białostockie	ch.	19 (2)	50 (2)	721 (28)	634 (7)	19 (6)	84 (4)	12 (0)	17 (0)	8 (15)	28 (0)	—
	ż.	—	11 (0)	78 (4)	25 (1)	—	4 (0)	1 (0)	—	0 (2)	1 (0)	—
Kieleckie	ch.	67 (6)	74 (6)	145 (19)	34 (0)	—	25 (1)	5 (0)	4 (0)	10 (11)	55 (1)	5 (0)
	ż.	—	10 (1)	25 (2)	2 (0)	—	3 (0)	1 (0)	—	0 (2)	15 (0)	—
Krakowskie	ch.	5 (5)	161 (17)	44 (7)	26 (0)	6 (2)	63 (11)	7 (2)	—	1 (119)	1 (1)	6 (2)
	ż.	—	2 (2)	8 (1)	—	—	3 (0)	—	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	9 (0)	83 (6)	802 (65)	417 (38)	14 (3)	43 (2)	11 (0)	59 (0)	35 (5)	2 (0)	7 (0)
	ż.	6 (0)	10 (0)	24 (0)	11 (0)	—	—	3 (0)	4 (0)	10 (0)	—	—
Lwowskie	ch.	—	119 (22)	210 (22)	8 (1)	1 (2)	157 (41)	13 (1)	—	72 (186)	14 (0)	69 (1)
	ż.	—	5 (1)	27 (1)	—	—	4 (2)	—	—	4 (29)	—	—
Łódzkie	ch.	37 (2)	77 (4)	83 (5)	2 (0)	16 (3)	29 (2)	20 (3)	—	13 163	—	—
	ż.	1 (0)	18 (4)	37 (3)	1 (0)	2 (0)	5 (0)	3 (1)	—	1 (23)	—	—
Nowogrodzkie	ch.	82 (6)	169 (9)	1705 (84)	1250 (64)	8 (1)	70 (1)	36 (3)	152 (0)	29 (0)	—	—
	ż.	—	18 (0)	62 (2)	60 (1)	—	2 (0)	4 (0)	14 (0)	10 (0)	—	—
Poleskie	ch.	6 (0)	261 (32)	595 (20)	1616 (41)	11 (0)	21 (1)	19 (3)	401 (0)	25 (1)	—	—
	ż.	—	13 (0)	53 (3)	31 (0)	1 (0)	7 (1)	6 (0)	34 (0)	4 (0)	—	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	16 (2)	15 (2)	—	—	1 (2)	8 (0)	—	—	—	—	1 (0)
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	165 (68)	28 (2)	201 (22)	4 (0)	—	110 (30)	5 (1)	—	1 (32)	8 (0)	8 (2)
	ż.	1 (0)	—	7 (2)	—	—	13 (4)	—	—	0 (11)	—	—
Tarnopolskie	ch.	9 (1)	21 (2)	126 (14)	6 (0)	1 (0)	7 (3)	5 (0)	1 (0)	14 (19)	10 (0)	26 (0)
	ż.	—	2 (0)	1 (1)	—	—	4 (1)	—	—	1 (0)	—	—
Warszawskie	ch.	11 (1)	101 (10)	186 (8)	4 (0)	1 (0)	57 (1)	30 (2)	11 (0)	22 (29)	5 (0)	2 (0)
	ż.	6 (1)	9 (0)	5 (0)	1 (0)	—	—	2 (0)	—	0 (3)	—	—
Wołyńskie	ch.	11 (3)	106 (3)	411 (11)	400 (6)	11 (0)	112 (7)	52 (1)	337 (0)	16 (0)	41 (0)	3 (0)
	ż.	—	21 (0)	50 (1)	19 (3)	—	—	—	—	1 (0)	2 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Konkurs.

Wydział Powiatowy Sejmiku Pinczowskiego poszukuje kandydatów na posadę lekarza szpitalnego w Pińczowie.

Do posady przywiązane są pobory VI st. płac urzędników państwowych z wszelkiemi dodatkami, oraz specjalnym dodatkiem sejmikowym w wysokości 50% ogólnych poborów.

Od kandydatów wymagana jest conajmniej roczna praktyka szpitalna, a ponadto znajomość chirurgji i ginekologji.

Do obowiązków lekarza szpitalnego należy również udzielanie ludności bezpłatnej pomocy lekarskiej w ambulatorjum szpitalnem w ciągu 2—3 godzin dziennie.

Posada do objęcia od dnia 1 lipca 1922 r.

Przewodniczący Starosta:
w. z. — *Cichy.*

Konkurs.

W Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia w Warszawie jest do obsadzenia posada posada lekarza z poborami VII (siódmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową w Warszawie.

Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 10 lipca 1922 r. dołączając do podania:

1. dokładny życiorys;
2. metrykę urodzenia;
3. świadectwa z ukończonych studjów lekarskich;
4. świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej;
5. dowód obywatelstwa polskiego;
6. świadectwo zdrowia wydane przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną narazie prowizorycznie.

Wojewoda: *Sołtan*, w. r.

Warszawa, dnia 7 czerwca 1922 roku.